اضطرابات النوم
وعلاقتها بأبعاد الشخصية
دراسة تشخيصية مقارنة بين الراشدين
والمسنين من الجنسين

الدكتور
خالد محمد عبد الغني

دار العلم والإيمان
للنشر والتوزيع

٦١٦,٨٤٩
ع . خ

عبد الغني ، خالد محمد .
اضطرابات النوم وعلاقتها بأبعاد الشخصية دارسة تشخيصية مقارنة بن الراشدين والمسنين من الجنسين/ خالد محمد عبد الغني.- ط١.- دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع .
244 ص ؛ ١٧,٥ × ٢٤,٥سم .
تدمك : 8 - 514 – 308 – 977 – 978
١. النوم اضطرابات .
أ - العنوان .

٢٠١٦

فهرس الموضوعات

الفصل الثالث

الفصل الرابع

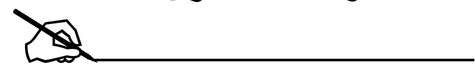
الفصل الخامس

الفصل السادس

الفصل السابع

مقدمة

أو أصداء الذكرى



يضم هذا الكتاب فصولاً حول النوم، واضطراباته بأنماطه المختلفة لدى الراشدين والمسنين. فهو يعد أول أطروحة جامعية ميدانية عربية في ميدان علم النفس وليس الطب النفسي أو المخ والأعصاب، وهي – أي الدراسة - تهتم بأنماط اضطرابات النوم عند المسنين والراشدين وفقاً لما جاء بالدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للأمراض النفسية الصادر عن رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية عام ١٩٩٤، وتقدم – الدراسة ولأول مرة أيضاً - مقياساً مقنناً أُعدت له المعايير المحلية - في سابقة غير معهودة في الأطروحات الجامعية أن تقدم الأطروحة المعايير المحلية للمقياس الذي صممه الباحث - ، ويهدف لتشخيص أنماط اضطرابات النوم بدلاً من جهاز كهربائي يقوم بهذا الغرض يعرف بـرسام المخ الكهربائي EEG، كما تتناول الدراسة الجوانب السيكوفسيولوجية للنوم والأبعاد النفسية للنوم ، و(الجوانب الثقافية والاجتماعية والسيكومترية للنوم وهذه الأبواب جديدة لم يسبقنا في الكتابة فيها أحد)، وعرضنا لمفهوم الشيخوخة وخصائصها الانفعالية والعقلية والأمراض النفسية المصاحبة لهذه المرحلة من العمر، فكل واحد فينا ما لم يدركه الموت لابد وأنه ذاهب لها وعليه أن يتقبلها ويتفاعل معها وينتج خلالها ما وسعه الإنتاج ولا يتوقف أبداً لأن ذلك إنما يعني الموت بمعناه الحقيقي أو الرمزي فكم من المتقاعدين عن العمل يدركهم الموت سريعاً بعد التقاعد. والمسنون في مصر في تعداد ٢٠١٤ بلغوا ٦،٩ % من مجموع السكان البالغ ٩٠ مليون نسمة، ولهذا يتأكد أهمية دراسة قضايا المسنين ومنها اضطرابات النوم.

وأتمنى أن يخدم هذا الكتاب العاملين في المجال الإكلينيكي والقياس النفسي والباحثين في علم النفس بعامة. ومن الجدير بالذكر أن المادة الرئيسية لهذا الكتاب كانت أطروحة نال بها المؤلف درجة الماجستير بإشراف أد. عادل كمال خضر. ولكن الضرورة ألزمتني ببعض التغيير في الشكل وليس في المحتوى إلا بالقدر الذي يعين القارئ على المتابعة والإدراك الجيد للمضمون بحيث زاد الوصف والشرح لما كان مكتوباً بشكل أكاديمي. تعديل ترتيب بعض الفصول وإعادة تقسيمها، وحذف كل مراحل صياغة بنود مقياس أنماط

اضـــطرابات النوم التي بلغت ما يزيد عن خمســـين صـــفحة وكذلك مفاتيح التصـــحيح لعدم حاجة القارئ إليها في هذا الكتاب. والعودة للمراجع الحديثة التي ظهرت مؤخراً – فيما بعد المناقشـــة - لمتابعتها والاســـتفادة منها. كما ألزمتني المســـتدعيات بعرض ذكرياتي حول هذه الأطروحة وملابســـات مناقشـتها ، فقد تحدد موعد سـيمينار لعرض خطة بحثي لدرجة الماجسـتير بـإشـــراف أ.د/ عـادل كمـال خضـــر وكـان الأمر معلقـاً بســـبـب

أ.د/ السيد أبو شـعيشـع[1]. رئيس القسم آنذاك ويومها وقف أد.الطويل مسـانداً لي وقال:" لا يعرف الشـوق إلا من يكابده هذا موضـوع جميل وعرضـك له رائع ولغتك قويـة لا يبـاريك فيهـا إلاَّ من يجيد اللغـة ومنحني أحد مؤلفـاتـه للاستفادة منه". وتمضي السنوات ليكون يوم مناقشة الرسالة[2]. وكان حضوره

١- أتذكر أني شكوته لعميد الكلية آنذاك ولما تأكد من تعنت أد. السيد أبو شعيشع - لقد كان سيئاً وسبق أن سـجل لطالبة قبل موعد تسـجيلي في موضـوع عرف الجميع أنه هو الذي أعد خطته وسـهل إجراءات تسـجيله بالقســم لماذا ؟؟ ، وكان اعتراضــه عليَّ كما قال في مجلس الكلية وكما أخبرنا العميد المحترم العلامة محمد إبراهيم عبادة "أني ضعيف علمياً وهربت من قسم علم النفس في بنها لأحصل على السنة التمهيدية للماجستير من قسم علم النفس بآداب عين شمس، فما كان من أعضاء مجلس الكلية أن ردوا عليه جميعاً بأن هذا كلام لا يليق فكيف يكون قســم علم النفس في بنها أقوى من عين شــمس، وكيف أن الطالب ضــعيف ولديه خطة موقعة من مشــرفه، فالأجدر بك أن تناقشــه في ســيمينار وتثبت ذلك، وأن القانون لا يمنع الطالب من التسجيل حيث يشترط للتسجيل الحصول على التمهيدي والخطة فقط" وعلى ذكر التداعيات يحضرني أني عندما دخلت حجرة القسم يوم المناقشة قبل بدء جلسة المناقشة لرؤية العلامة قدري حفني الذي لم أكن قد رأيته من قبل ، أتذكر أن الدكتور سيد أبو شعيشع ما إن رآني حتى قال موجهاً كلامه للعلامة حفني ومشيراً تجاهي "هذا هو العريس" وطبعا لا يخفى أن هذه الجمل لا محل لها في هذا المكان الأكاديمي ولا في المناسـبة، وطبعاً لم أقف عندها ، ومددت يدي لأعطي العلامة حفني وهو نسخة من قائمة التصويبات للأخطاء اللغوية الواردة في الرسالة مما أفقده متعة الاستعراض باكتشافه الأخطاء اللغوية أثناء جلســة المناقشــة -. معي منحني موافقة مجلس الكلية على تسـجيل الأطروحة دون موافقة رئيس القسم، مما عدَّ يومها انتصارا استفاد منه كل من سجل بالقسم بعد ذلك التاريخ ولكنه لم ينس مرارة تلك الهزيمة وأراد أن ينتصر عليَّ يوم مناقشة الماجستير ولكن الله أراد غير ذلك، فحاول عرقلة تسجيل الدكتوراه بأن قال لعميد الكلية في حينها بأن الطالب قد أنجز خطة الدكتوراه قبل مرور ستة أشهر ولذلك فلابد أن ينتظر للتســجيل في العام القادم (كان التســجيل يوم ذاك مرتين فقط في العام في شــهري مارس وأكتوبر) ولما خذله العميد هذه المرة، عاد واســتخرج قراراً من القســم بتواطؤ من أعضــائه بضرورة حصولي على شهادة في اللغة العربية والإنجليزية لأني سجلت الدكتوراه قبل صدور قرار يلزم بحصولي على التويفل، وفعلاً تحقق له ذلك وظلت هناك مشكلة في الكلية لتحقيق هذا الأمر أعاقتني أكثر من سنتين وحصلت على تلكما الشهادتين قبل المناقشة.

٢- خالد محمد عبد الغني: أنماط اضــطرابات النوم لدى الراشــدين والمســنين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية "دراسة مقارنة بين الذكور والإناث". رسالة ماجستير. كلية الآداب. جامعة بنها. ١٩٩٨. عند أخذ موافقة عدد من أقسام علم النفس بالجامعات على أن موضوع البحث غير مسجل لديهم (١٩٩٦) كتب أد. عبد السلام الشيخ رئيس قسم علم النفس بآداب طنطا "إن هذا الموضوع من الموضوعات الممتازة في علم النفس " لم أره يومها وأخذت الموافقة من موظف القســم، وفي ربيع (٢٠١٣) وخلال المؤتمر

مما شـرفني (فقد كانت أول مناقشـة لأحد خريجي القسـم وكذلك كانت أول رسالة يشرف عليها أد.عادل خضر ولعل ذلك هو ما جعل عدوان د.السيد أبو شـيشـع لا تهدأ نيرانه تجاهي إذ أزاح عدوانه على أد.عادل خضـر والتحليل النفسي إلى شخصي) ، ويومها أهداني مؤلفه الضخم / السفر "معالم علم النفس المعاصـر"[1]. وهمس في أذني أثناء المداولة قائلاً " لقد طلب مني أ .د. / السيد أبو شعيشع البحث عن مقياس اضطرابات النوم من إعداد أد.أحمد عبد الخالق لأنه يظن أنك سرقت منه مقياسك الذي أعددته، وأخبرته بعدم صحة ظنونه"، كما بلغني أنه كلف تلاميذه بالبحث في المراجع التي رجعتُ إليها ليكونوا عوناً له في المناقشة مما جعل المناقشة تتأخر عدة شهور حتى ينتهي من القراءة والتنقيب - تكونت لجنة المناقشة من أ.د/ قدري حفني رئيساً وأ. د/ السيد أبو شعيشع عضواً وأ .د/ عادل كمال خضر مشرفاً- وخلال جلسة المداولة التي استمرت أكثر من ساعة تسرب إلى نفس أبي الخوف والقلق من نتيجة المداولة فما كان من أ . د/ عزت الطويل إلا أن أخذ أبي من يده وهدَّأ من روعه وبثه بعض الطمأنينة والأمن، فعاد أبي والبسمة على وجهه والأمل في عينيه[2]. ويمضـي الوقت سـريعاً ونقترب من سـيمينار اسـتغرق ثلاث ساعات متصلة لمناقشة خطة رسالتي لدرجة الدكتوراه[3]بإشراف أ .د / عادل كمال خضـر ويتكرر نفس المشـهد السـابق في سـيمينار الماجسـتير حيث اعتراضه، ويومها قلت في بداية عرض خطتي "إني أتقدم بجزيل الشكر لـ أ

الأقليمي التاسع لعلم النفس بآداب طنطا رأيته للمرة الأولى في حياتي فذكرته بجملته السابقة فعلق قائلاً:" وحتى الآن أقول لك هو من الموضـوعات الممتازة ". وأد.أحمد عبد الخالق حتى يومها لم يكن له اختبار عن اضطرابات النوم بالصورة التي عليها الاختبار الذي صممته، بل إنه رجع لرسالتي في بحوث تالية له منشورة بدراسات نفسية عام ٢٠٠٧.

١- عزت عبدالعظيم الطويل: معالم علم النفس المعاصر. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية . ١٩٩٥.

٢- لقد صدق حدس أبي - وكان هذا حاله دائماً - إذ أصر أد. السيد أبو شعيشع على منحي تقدير جيد ولكن أد. قدري حفني أصر على منحي تقدير "ممتاز" وبين يدي نسخة من تعليقات د.السيد أبو شعيشع البالغة ١١ صفحة من القطع الكبير، احتفظت بها حتى تخرج يوماً للنور ولكن في موضع غير هذا – في الطبعة الثانية بإذن الله تعالى- ليرى الناس ديناميات جلسـة مناقشـة كانت في قمة الغرابة أذكر منها واحدة فقط وهي قوله :"الملخص الإنجليزي سـيئ جداً،غَيِّرْ الملخص العربي". وتكشـف هذه الهفوة السـابقة – كما تعلمنا في التحليل النفسي - عن نية متربصة مترصدة تجاهي، ولكن يبدو أن ما في الداخل هو في الخارج أيضـاً. حتى أنه علق على المعايير التي أعددتها لمقياس أنماط اضـطرابات النوم بقوله "هذه فنطزية" وأشياء أخرى لا داعي لذكرها ولكنها كانت ديناميات مناقشة بائسة ما رأيت أو سمعت بمثلها.

٣- خالد محمد عبد الغني: دراسة تطور رسوم الأطفال والمراهقين العاديين في اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص ومقارنتها برسوم المرضى النفسيين والفئات الخاصة. رسالة دكتوراه . كلية الآداب . جامعة بنها . ٢٠٠٣.

.د/ السيد أبو شعيشع[١] لأنه ذلك السياج الذي يجعل العشب من خلفه أكثر اخضرارا" وبعدها سمعت تصفيقا وقهقه عالية من أ . د/ الطويل فقد أدرك مغزى هذا المثل الإنجليزي وما به من نقد لاذع وأن ليس للمدح فيه من سبيل،

٢- بعد فجر يوم الأربعاء الموافق ٢٠١٢/١٢/٥ غفوت قليلاً ورأيت الحلم التالي : "دخلت قسم علم النفس بآداب بنها بصحبة أد. عزت الطويل ودخل معنا أخي محمد يحمل بين يديه بعض نسخ كتاب " من أعلام علم النفس المعاصرين "عزت عبد العظيم الطويل" تحرير "كاتب هذه السطور" وبعد مرورنا من مدخل القسم وكنا قد تجاوزنا بابه قابلني أد. السيد أبو شعيشع فسلمت عليه وتعانقنا وسط استغرابي منه وقال أهلاً يا أخي .. وبعد أن جلست على مقعد خلف أحد المكاتب الخالية ، أشار إلى نسخ الكتاب الموجودة مع أخي محمد وقال موجهاً الكلام لي :"إنت كنت شاطر في النشاط " فقلت له :" لا... لو رجعت للوثائق ستجدني غير شاطر في المواد التي تدرسها أنت فقط ، كما أني لم أرسب في أية سنة دراسية أو رسبت في أي من المواد مثل بعض تلاميذك الذين تجتهد من أجل تسكينهم بوظائف جامعية" فاقترح أد. عزت الطويل أن أخرج من المكان لتهدئة الموقف لأني كنت ثائراً في ردي وفعلاً خرجت ثم عدت بعد فترة وكان القسم خالياً إلا من أد. عزت الطويل وأكملنا حوارنا وتصفحنا الكتاب " (انتهى). ولأجل تحليل هذا الحلم فلابد من التداعي حوله، ففي هذا اليوم كنت أستعد لتولي مهام عملي بوظيفة موجه للتربية النفسية بإدارة قليوب التعليمية، كما أني كنت انتهيت من تحرير الكتاب الحالي وأود الاتصال بالأستاذ الدكتور عزت الطويل لكي أحدد موعداً لعرضه عليه لمراجعته أو مناقشته في بعض فقراته، أما أد. السيد أبو شعيشع فلم أقابله منذ سيمينار الدكتوراه في ٤ مارس من عام ١٩٩٩ حتى قراءتي لخبر رحيله إلى الرفيق الأعلى منشوراً بنشرة رابطة الأخصائيين النفسيين في عام ٢٠٠٩، ولكن أخي أخبرني بأنه قابله في البنك الأهلي المصري فرع مدينة نصر في عام ٢٠٠٤، وتعرف عليه وقال له :"أبلغ خالد السلام وأن خالد شاطر– ولكن هيهات هيهات أن يجدي هذا الثناء نفعاً أو يجلب خيراً أو يدفع ضرراً أو يضمد جراحاً، فقد تجاوزت ذلك الثناء وقائله ، وغيرهما مع ما تجاوزت من أشياء كثيرة لم تعد تخدعني ببريقها أو وجاهتها -" ومن المؤكد أني أجاهد نفسي من أجل محاولة التغاضي عن العقبات التي وضعها في طريقي ولكن في أعماقي جرحاً غائراً من أولئك الذين حاولوا عرقلة خطواتي، أو أولئك الذين لم يناصروني ووقفوا ينظرون إلى سنوات شبابي تضيع في وظائف أبعد ما تكون عن أحلامي، أو الذين أعمت الدنيا بصائرهم ففضلوا من لا يستحق فحرموا مصر من جهد علمي كان خليقاً بصناعة أجيال متميزة من الباحثين أو الأخصائيين النفسيين، ولكن ها هو نتاجي العلمي يخرج للأجيال في سلسلة الأعمال الكاملة، وإنا لفي انتظار لحكم التاريخ علينا وعلى غيرنا، ولننظر أيُنا كان أكثر خصباً وعطاءً وحباً نقياً خالصاً لمصرنا سواء بقينا في الحياة لنشهد ذلك الحكم أو غادرناها فتشهده الأجيال القادمة – ولعل واقعة إعلان آداب بنها ٢٠٠٣ واللجنة المشكلة من د. محمد خليل، د.إلهامي عبد العزيز، د.نعمت عبد الكريم خير شاهد على ذلك التجاوز الذي أوقفه أد. السيد فضل عميد الكلية بعدما طالب تلك اللجنة بتبرير اختيارها ولأن اللجنة لم ترد عليه فقد ألغى الإعلان، وواقعة آداب بني سويف ٢٠٠٤ واللجنة المشكلة من د.عبد المنعم شحاته، د.طريف شوقي د.رافت عبد الفتاح ولا يزال اختيار تلك اللجنة معروضاً على ساحة القضاء – حتى كتابة هذه السطور في ١ يونيو ٢٠١٥ - الذي أصدر عدة أحكام كان أهمها فصل من تم تعيينه وإعادة فحص إنتاج المتقدمين مرة أخرى، كما أني كنت اتخذت قراراً بمقاطعة القسم – أقصد علم النفس بآداب بنها - وحتى لو أعلن عن حاجته لشغل وظائف به فلن أتقدم إليها مطلقاً مفضلاً – على كره مني - أية وظيفة أخرى عن العمل به، ومن نافلة القول أن إعجابي كان كبيراً بإهداء الدكتور سليم حسن صاحب موسوعة مصر القديمة الذي قال فيه :"إلى الذين وشوا بي فخدموا مصر والعلم". ولعل في ذلك الإعجاب بعض السلوى لنفسي فقد يكون الخير كل الخير لي حين وقفوا في طريق عملي بالجامعة ليفتحوا لي أفق المعرفة بلا سقف وليبقوا هم داخل أسوار الجامعة لا يتجاوزوها سواء من عاش أو من قضى نحبه ، ولأحلق أنا بعيداً عنهم في سماء المعرفة الجميل. ونتاجي الفكري والعلمي خير دليل على ذلك فقد وصل إلى عشرين كتاباً ما بين مؤلف ومحرر. هذا هو التداعي حول عناصر ذلك الحلم وفي تفسيره يظهر العدوان الموجه مني للدكتور سيد أبو شعيشع كما حدثت إزاحة لذلك العدوان على تلاميذه أيضاً لأنه هو نفسه قد أزاح عدوانه وصراعه مع أد.عادل خضر على شخصي طوال تلك السنوات التي أعقبت حصولي على الليسانس– كما سبق وذكرت - ، كما يكشف الحلم أيضاً عن رغبتي في العمل بالقسم حيث جلست على مقعد خلف أحد المكاتب الخالية ودائماً لو تواجدت في القسم كنت لا أجلس بداخله وإذا اضطرتني الظروف جلست بعيداً عن أي مكتب.

وهذا الإعجاب شجعني وزاد من رباطة جأشي في مواجهة السادة الحضور وكانوا كثر.

ويبقى أن أشير إلى أني فضلت عدم ذكر أكثر من ستين مرجعاً أجنبياً في قائمة المراجع ووددنا لو لم نذكرها جميعاً - بسبب قيام بعض الباحثين ممن كتبوا في اضطرابات النوم بعد عام ١٩٩٨ وهو عام المناقشة بسرقة ما ترجمته ونسبوه لأنفسهم ولهذا آثرت ذلك الفعل ، ولكن تلك المراجع موجودة في قائمة المراجع بالرسالة الموجودة في مكتبات الجامعة. ولقد قام أحدهم والذي شغل منصب رئيس قسم علم النفس بإحدى الجامعات المصرية ويعرف نفسه بأنه أديب ومعالج نفسي وعضو في هيئات وجمعيات مختلفة، بسرقة تلك المراجع الأجنبية ونسبها لنفسه بعدما سرق الترجمة من متن الرسالة ونشرها في بحثين ترقى بهما لدرجة أستاذ مساعد ، فأي لجنة تلك التي رقته، وأي دورية تلك التي نشرت هذين البحثين ... !! فيا للعجب ويا حسرتاه !! على تخصص علمي أضعنا فيه العمر والجهد والمال...!!! وكنا نحسب أن دراسته فرض كفاية،،، فإذا بنا نكتشف كل هذا الدجل وكل هذا الزيف،،،، وفيما يلي نص مرجع كما جاء عندي في الرسالة وكما كتبه هو وكما هو موجود في الأصول عندما عدنا إليها لمراجعتها قبل كتابة هذا التقديم ليرى القارئ كيف سرق المراجع ودونها بأخطائها التي وقعت فيها بسبب الناسخ – وبالتالي فهي أخطاء مطبعية عندي لا يد لي فيها وإن كنت أتحمل المسئولية عن وقوعها، ولكن رب ضارة نافعة حيث كشفت تلك الأخطاء واقعة السرقة وأصبحت قرائن تثبت الواقعة بوضوح ، ولذلك سيجد القارئ أولاً نص المرجع كما كتبته، وثانياً كما كتبه من سرقني ، وثالثاً كما جاء في الأصول التي بين يدي، بهذا الترتيب السابق كدليل واحد فقط والأمر معروض على القضاء ليقول كلمته في الواقعة :

ونذكر هذه الفقرة وما بها من سرقة (مضحكة) [وهذه الدراسة كتبتها على النحو التالي (دراسة *Tarek* (١٩٩٥) وتدور حول نتائج الفحص بجهاز تخطيط النوم المتعدد لمرضى اضطراب الوسواس القهري وهي تهدف إلى تقييم الجانب المتعلق بالنوم لديهم. وشملت العينة ١٠ من المرضى وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض النفسية الجزء العاشر وطبق الباحث عليهم استبيان فحص النوم بالإضافة لتخطيط النوم المتعدد. و١٠ أشخاص من الأسوياء (مجموعة ضابطة) وتوصلت الدراسة إلى وجود نقص في كفاءة النوم لدى مجموعة المرضى وقلة الفترة الزمنية بين بداية النوم وظهور نوم *REM*

وزياد ســاعات اليقظة. وعدم وجود فروق دالة إحصــائياً بين المجموعتين في مراحل النوم المختلفة *(Tarek: 1995,p.109-111)*. ص ٦٧ في أطروحتي للماجستير.].

[وكتبها اللص على النحو التالي (في حين اقتصرت دراسة طارق *Tarek,* 1995 على فئة الوســواس القهري والتعرف على شــكل أنماط اضــطراب نومهم من خلال نتائج جهاز تخطيط النوم المتعدد ، وقد توصــــل الباحث إلى العديد من مظاهر اضــطراب النوم لدى فئة الوســواس مقارنة بالعينة الســوية (المقارنة) *(Tarek: 1995,p.109-111)].*

وعن هذه الدراسة يمكن القول أن:

١- الباحث الأصلي اسمه طارق أسعد والبحث واسمه عليه باللغة الإنجليزية وعندما وثقناه حدث خطأ مطبعي غير مقصـــود وهو ذكر طـارق، والصـواب في توثيق المراجع الأجنبية هو ذكر اسم الأب أو العائلة أولاً يليها علامة (،) واختصــــار الاســـم الأول. فكـان يجب التوثيق هكذا *Asaad,T* ، بدلاً من *Tarek,A* ونجده وقد سرق الفقرة ومعها الخطأ في التوثيق أيضاً مع بعض التحوير وحذف كلمة هنا وأخرى هناك.

٢- حدث خطأ مطبعي في كتابة اســم المجلة في أطروحتي ونقله هو أيضــاً *Egypt Neurpsy. Chia Neurosurgy،* *والصــواب هو* *Egypt . Journal Neurl psychiat. Neurosurgy,*

- *Tarek, A. (1995) polysomnographic finding in – patient with obsessive compulsive disorders* ***. Egypt Neurpsy. Chia Neurosurgy,*** *vol. 32 no. 1 p. 109 - 111.* التوثيق الموجود بأطروحتي.
- *Tarek, A. (1995) polysomnographic finding inpatient with of Sessive eampulsive disarder* ***. Egypt Neurpsy. Chia Neurosurgy,*** *vol. 32 no. 1 p. 109 - 111.* التوثيق الموجود ببحثه.
- *Tarek Asaad (1995) polysomnographic finding in – patient with obsessive compulsive disorders* ***. Egypt Journal Neurl psychiat. Neurosurgy,*** *vol. 32, no. 1 ,p. 109 - 111..* التوثيق الموجود بعد المراجعة والتأكد.

وأتوجه للقائمين على أمر البحث العلمي في بلادنا بالإبقاء على قائمة المراجع أثناء المناقشة فقط على أن تحذف تلك القائمة عند وضع الرسالة في المكتبة أو عند طباعتها في كتاب للنشر العام تفادياً لذلك الوباء الذي ضرب باحثينا الذين استسهلوا السرقة عن الجهد والعرق ومن نافلة القول أنه بين يدي نموذج لأحد الباحثين وقد خطط في أحد المراجع على مواطن السرقة ونسبتها لنفسه وللأسف نال عن ذلك درجة الدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي.
ويحق لي أن أعبر عن سروري بأن باكورة أعمالي العلمية كان من الإحكام والإتقان لدرجة أن يسرقه أستاذ جامعي ويترقي به ولعل ذلك يواسيني عن عدم عملي بالجامعة التي أصبحت تعج بأمثال هؤلاء ، فنادراً ما تجد بين جدرانها باحثاً متميزاً أو مبدعاً حقيقياً ، ويطيب لي أن أقول لأولي أمر علم النفس – فهم يعرفون أنفسهم - الله الله في مصرنا التي تساهمون في تدمير عقول أبنائها.

"رب أنعمت فزد لك الحمد والثناء كما يليق بعظيم وجهك وجلال سلطانك "

المؤلف

الجوانب الفسيولوجية والسيكولوجية للنوم

مونولوج [1]

جاءت كلمة الليل في القرآن الكريم في ٧٤ آية، وكلمة ليلاً في ٥ آيات، وكلمة ليلة في ٨ آيات، وكلمة ليالٍ في ٣ آيات، وأقسم الله – تعالى – بالليل في ٧ آيات ونزلت سورة كاملة تسمى سورة "الليل"، وجاءت كلمة النوم وما يعبر عنه كالمنام في ٩ آيات (محمد عبد الباقي: *١٩٨٨*). وفي ظلال تلك الآيات يبدو جلياً أن الليل ستر من الأعداء، وفرصة للخلود إلى الراحة بعد عناء النهار، كما يعد الليل والنوم معجزتين يحدث فيهما أمور مهمة في حياة الإنسان. وبهذا يصبح النوم آية من آيات الله، فما أعجب أن نجد أنفسنا مضطرين لهجر العالم الذي ألفناه إلى النوم حين يأتينا ليلاً أو نهاراً فلا نملك له دفعاً ولا رداً ولا سبيلاً لمقاومته، وياله من عالم فريد – النوم – بخصائصه وباتصاله المباشر بحياتنا!!، فأي جلال هذا حين نستسلم له وقد أرهقتنا اليقظة!، ونفيق منه وقد دبت الحياة فينا من جديد، واتقدت أذهاننا؟ وما أطيب الدعوة الموجهة للآخرين بنوم هادئ وأحلام سارة!! وما أروع المحب حين يبتهل قائلاً:"وأن تنساب أيها النهر العزيز في رفق فلا توقظ حبيبة الفؤاد من نومها" وهل هناك ما هو أرق من هذا؟ يقينا أن لا.. ويقضي الإنسان ثلث حياته – تقريباً -نائماً، ولذا فالنوم مطلب ضروري للحياة ولا يمكن مجافاته كما أنه وظيفة طبيعية وجانب دوري يؤدى العديد من الوظائف، حيث إعادة النشاط والصحة والوعي والمحافظة على التوازن الداخلي وتنظيم حرارة الجسم والاحتفاظ بالطاقة، ويقدر المرء قيمة النوم إذا حرم منه أو حاوله فاستعصى عليه أو ناله وفقده قبل أن ينشد منه ضالته، وإذا حرم المرء من

---

١ - *Monolog*: مناجاة (إلياس أنطون و إدوار إلياس:١٩٧٩). والمونولوج حديث المرء مع نفسه، ويشير إلى كونه أسلوب يستفاد منه في العلاج المعرفي السلوكي (عبد الستار إبراهيم وآخرون :١٩٩٣). وهو الحديث الداخلي *Inner Speech*، وحديث الذات في محاولة لتغييرها (محمد الشناوي: ب ت). ولقد كنت أدرك إني مقل في ساعات النوم التي أحصل عليها نتيجة زيادة الطموح الأكاديمي والرغبة في تحقيق إنجاز علمي ولذلك كان هذا المونولوج كمحاولة مني لتعديل ما أعانيه من اضطراب في النوم يظهر في قلة عدد ساعات النوم وكان ذلك في الفترة الواقعة ما بين ١٩٩٠ وحتى ٢٠٠٠، وبعدها سافرت للعمل خارج مصر وانخفض الطموح، وزادت ساعات النوم لكثرة الإرهاق البدني وتغيير المناخ. وهي أيضا فنية في السيكودراما (حسين عبدالقادر: الفصام"بحث في العلاقة بالموضوع كما تظهر في السيكودراما". رسالة ماجستير . كلية الآداب. جامعة عين شمس. ١٩٧٤).

النوم لفترات طويلة فإن ذلك يؤدى إلى تفكك الأنا، وتدهور الوعي واضطراب السلوك وضعف القدرة على العمل وشيوع الهلاوس والضلالات (*Okasha:1984*)، وسرعة الاستثارة والغضب وغيوم البصر والنسيان وصعوبة التركيز (*Ahmed*:1991)، وارتفاع مشاعر القنوط واليأس والإحساس بالعجز والمعتقدات السلبية نحو النوم وزيادة توقع النوم المضطرب (*Morin, et al :1993*) ، وكثرة ساعات اليقظة والتنبيه والتوتر والإحساس بالتعب (*Regestien, et al :1993*). وقد أفادت بعض البحوث عن ظهور علامات شبه ذهانية لدى بعض من حرموا من النوم (آلن تايلور وآخرون: *١٩٩٦*)، وحين ساد الحياة المعاصرة الصراع والفردية والتعقيد والمد التقني والثورة الصناعية والحروب والنزاعات والضوضاء داخل المدن، ووسائل اللهو وكثرة أعداد الفضائيات التي تقضى بمتابعتها حتى الساعات الأولى من نهار اليوم التالي وكثرة الاستهلاك المادي الذي تطلب زيادة ساعات العمل وما نتج عنه من العمل في نوبات مختلفة التوقيت بين الليل والنهار *(Aaron,et al. :1996)*. فكان من الضروري أن يضطرب نومنا بسبب متغيرات الحياة وظروف المناخ. والضغط الجوي المرتفع والمنخفض ودورهما في زيادة الإحساس بالنعاس نهاراً وقد يستجيب بعضنا بشكل أكبر لمثل هذه المتغيرات (الكسندر بوربلي: ١٩٩٢). ومن منا لم تؤرقه أصوات السيارات، والقطارات، وحفلات الأفراح في الشوارع وأصوات الباعة الجائلين ونباح الكلاب ومواء القطط، وصوت مذياع الجيران وخلافاتهم وبكاء الأطفال الرضع وكثرة استيقاظهم بالليل (*Shapiro & Rathouse* *:1990*)، إننا محاصرون بكل ما يعوق بدء النوم أو استمراره، وهل نملك سبيلاً لدرئه؟! فكم عدد الذين يشكون من اضطرابات في نومهم، والذين يتناولون العقاقير المنومة أو المخدرة لمواجهة مشكلات النوم؟ إنهم كثير (*Empson:1993*)، وتشير العديد من الدراسات المسحية الأجنبية إلي أن اضطرابات النوم تنتشر لدي كل الأعمار من الأطفال والراشدين والمسنين، وترتبط بالحالة النفسية والفسيولوجية، وأنها أكثر انتشاراً لدى المسنين عن الراشدين ولدى الإناث عن الذكور (*Ohayon,et al :1997,a,b,c*)

الجوانب السيكوفسيولوجية للنوم[١]

الظواهر والعلوم لا تنفصل عن تاريخها لأنه سجل حركتها وتطورها، وبلاد الإغريق قد اهتمت بدراسة النوم وقدموا محاولات لتفسير كيفية حدوثه ومعرفة مصدره، فظهر أمبادوقليس صاحب فكرة العناصر الأربعة – النار والهواء والتراب والماء – ورأى أن النوم ينشأ عن انسحاب الدم والدفء إلى المناطق الداخلية من الجسم ، وذهب أرسطو إلى دور الطعام في إحداث النوم، ورأى الأفروديسي أن التعب الذي يحل بالجسم يفقده حرارته ويفضي به إلى النوم، وفي القرن الـــ ١٦ رأى باراسلوس أن النوم يقضي على التعب الناتج عن العمل، وفي القرن الـ ١٧ و الـ ١٨ كان تفسير النوم مزيجاً من المفاهيم الفسيولوجية والميتافيزيقية كدور الأرواح الخفية في إحداثه، وفي القرن الـ ١٩ اهتم علماء الكيمياء والفسيولوجيا بتفسير النوم ومظاهره وذهبوا إلى علاقته بنقص الأوكسجين في المخ (الكسندر بوربلي:١٩٩٢). وحديثاً ظهرت عدة تعريفات للنوم كان أغلبها يهتم بالجانب الفسيولوجي، وقد أجمعت فيما بينها على أن النوم "حالة دورية مؤقتة من إنعدام الفعالية وتوقف التفاعل الحسي الحركي مع المؤثرات الخارجية ويكون مصحوباً بفقدان الوعي المؤقت، والهبوط في أداء نشاط الجهاز العصبي وبخاصة القشرة المخية والبطء في عمليتي "الأيض/البناء والتنفس"كما تنخفض كل من درجة الحرارة وضغط الدم ونبض القلب،ويستمر النوم عادة فيما بين٦ - ٨ساعات يومياً (*Oswald*:1962). واتفق العديد من الباحثين على أن "النوم ليس حالة سلبية أو راحة أو استرخاء بل هو جملة وظائف إيجابية لها مميزاتها من حيث استمرار نشاط المخ، ولكن ليس بالدرجة المثلى، وتجديد الطاقة اللازمة للسلوك ودعم عمليات النمو (*Hobson*: 1996). والنوم واليقظة جزء من متصل واحد أقصى طرفية النوم العميق والأخر اليقظة التامة – الحادة – وتعتبر درجة اليقظة والنشاط متغيراً مهماً في تحديد السلوك في العديد من المواقف، فكثير من الوظائف البدنية والنفسية تستمر في الحالتين علي السواء

---

١ - النوم هو النعاس والإسم النيمة، وقوم نيام ورجل نئوم ونائم وامرأة نئوم ونسوة نوم (أبو الفداء عزت: ب ت)، والجمع من النائم نوم على الأصل، ونيم على اللفظ، ويقال نومان لكثير النوم (أبو بكر الرازي: ب ت). ونام فلان اضطجع أو نعس، والشيء سكت وهدأ، والعرق لم ينبض، والريح سكنت والبحر هدأ، والنار همدت، وأنامه أرقده، ويقال طعنه فأنامه فقتله، وأنام القحط القوم هشمهم وهزلهم والمنام هو النوم ويقال رأى في منامه كذا (مجمع اللغة العربية: ب ت). وتوجد كلمات متعددة تشير إلى النوم مثل الرقاد والسنة والوسن والغشية والغفوة والسبات والقيلولة، وفي اللغة الانجليزية تعود كلمة *sleep* إلى أصل جرماني، وتشتق من الكلمة القوطية *sleps*، والألمانية *schlafen* وتعني يصيبه التعب والكلل (الكسندر بوربلي:١٩٩٢).

ولكن لـدرجـة أقـل من النوم (*Empson:1993*). وظهرت بعض النظريات التي تحاول تفسير عملية النوم منها ما يلي:

النظرية النيورونية للنوم:

وتذهب النظرية النيورنية إلى أن النوم واليقظة يحدثان نتيجة تباعد أو تقارب اتصال الخلايا العصبية ببعضها في المخ، بالإضافة لنقص الدورة الدموية بالمخ (سـامي عبد القوي: ١٩٩١)، ويري بافلوف أن النوم كف امتد فوق قطاع كبير من المخ، "فوق كل النصفين الكرويين بالمخ"، وإما أن ينتشر الكف فيحدث النوم أو ينحصر فيتلاشي النوم، وثمة مجموعتان من المنبهات هي علة انتشـار الكف الخاص بالنوم، وهي المنبهات الداخلية الناتجة عن التعب والمنبهات الخارجية التي تتكرر علي نحو رتيب، فننام لعجزنا عن مقاومة التعب، ويمكن إعاقة هذا بسبب منبهات الفكر أو الهموم أو المشكلات، وليس هناك مركز خاص بالنوم في المخ، وذلك لأن الكف والنوم واقع يطرأ علي كل خلية، ولذا فلا حاجة لوجود خلايا لهذا الغرض ويؤكد بافلوف – أيضـاً - علي دور العصـاب التجريبي في أحداث صـعوبة الدخول في النوم (هاري ويلز: ١٩٨٧)، ومع أن كلاً من *webb* و *klitman* و *Johnson* و *Dement* يرون أن النوم إنما وجد لإصـلاح ما أفسـده مجهود النهار، وأنه يحافظ على الطاقة في أوقات الظلام التي تكون فيها أقل كفاءة، إلا أن عمليات الهضـم والتخلص من الفضـلات تحدث خلال النهار - أيضـاً (*Empson : 1993*).

النظرية الإيجابية للنوم:

وتذهب النظرية الإيجابية للنوم إلى الاعتقاد بوجود مراكز خاصة بالنوم في المخ وبناء علي ذلك فالنوم يحدث نتيجة الحث الإيجابي لهذه المراكز وهذه ـ المراكز ـ تنقسم إلي ثلاثة أقسام هي:

أ ـ مراكز النوم ذي الحركات السريعة للعين

REM SLEEP CENTERS

وتوجد هذه المراكز في قنطرة جذع المخ *Pons*، وعلمية التنشـيط الإيجابي لها يؤدي لتحول نوم *NREM* إلي نوم *REM* وأي خلل فيها يؤدي إلي إنعدام نوم *REM* مع الاحتفاظ بنوم *NREM*.

ب ـ مراكز النوم ذي الحركات غير السريعة للعين

NREMSLEEPCENTRS

وتوجد هذه المراكز في قنطرة جذع المخ، والنخاع المستطيل. والتنشيط الإيجابي لها يؤدي إلي تنشـــيط قشـــرة المخ مؤدياً بذلك إلي النوم المتميز بالحركات غير الســـريعة للعين، وأي خلل في هذه المراكز يؤدي إلي الأرق طويل المدى.

جـ - مراكز التردد بين النوم واليقظة

SLEEP – WAKE CIRCADIAN CENTERS

وتوجد هذه المراكز فوق منطقة تقاطع عصبي البصر في الجزء الأمامي للهيبوثلاموس- تحت المهاد- وهي مســـئولة عن التردد بين النوم واليقظة في دورة الظلام والضوء، وأي خلل فيها يؤدي إلي اليقظة المفرطة وما يتبعها من إعياء قد يصبح خطراً علي الجسم *(Guyton:1996)*.

النظرية السلبية للنوم:

تعتمد هذه النظرية علي وجود ما يسمي بالجهاز الشبكي المنشط الصاعد (ARAS) وقيامه بإرسال سيال عصبي منشط لقشرة المخ فتحدث اليقظة، ومن ثم يمكن تفسير حدوث النوم بأنه يعزي للإجهاد الذي يصيب ذلك الجهاز فيؤدي إلي وقف هذا السيال العصبي لقشرة المخ *(Guyton : 1996)*، غير أن هذه النظرية لا يمكنها تفسير تراكم ديون النوم وخاصة نوم الأحلام، ونوم الموجات البطيئة، فقد توصلت الدراسات إلي أن المحرومين من النوم يقومون بتعويض ذلك الحرمان من شـــكل زيادة كمية نوم الموجات البطيئة ونوم الأحلام في الأيام التالية للحرمان من النوم (جون تايلور: *١٩٨٥*).

النظرية الأيضية للنوم:

وتقوم هذه النظرية علي أن المخ في فترة اليقظة يقوم بتخليق مادة تسمى العامل الحاث للنوم - S - وهذا العامل يتجمع في الســـائل المخي النخاعي، وعند وصـــوله لمســـتوي معين من التركيز يحدث النوم، وعندما نزعت هذه المادة من الســائل المخي لحيوانات حرمت من النوم لفترة طويلة، وحقنت تلك المادة في حيوانات أخري تســـبب ذلك في نومها، أما دورية التجمع والتخلص من هذا العامل فتؤدي إلي دورية النوم واليقظة *(Guyton : 1996)*.

أنماط النوم:

ينقسم النوم إلى نمطين هما:

1. النوم الأرثوذوكسي:وهو النوم الخالي من الحركات السريعة للعين *(NREM) Non Rapid Eye movmen* ويتميز بالعمق وارتفاع نشاط موجات دلتا*(Shapiro & Flanigan : 1993)*.
2. النوم النقيضي: وهو النوم الذي تحدث فيه الحركات السريعة للعين *Rapid Eye Movment (REM)*، ويتميز بالسطحية وانخفاض نشاط موجات دلتا وتكرار حركات الجسم وارتفاع ضغط الدم وحدوث الأحلام وزيادة النشاط العام[1] *(Harding :1982)*.

مراحل النوم:

يقسم السجل الكهربي للمخ EEG النوم إلي المراحل التالية :

- ✓ المرحلة (صفر) وهي حالة اليقظة التي تسبق عملية الدخول في النوم ويكون نشاط موجات ألفا بين ٧- ١٢ هيرتز / ثانية.
- ✓ المرحلة (١) مرحلة الوسن وهي فترة بين النوم واليقظة، وتختلط فيها الموجات مع سيادة موجات ألفا.
- ✓ المرحلة (٢) النوم الحقيقي ويكون نشاط الموجات بيتا بين ١٢- ١٧هيرتز / ثانية.
- ✓ المرحلة (٣) النوم العميق ويكون نشاط الموجات دلتا بين ١ - ٣ هيرتز / ثانية.
- ✓ المرحلة (٤) النوم الأكثر عمقاً وتنشط فيها موجات دلتا البطيئة وتصل إلي ١ هيرتز / ثانية *(Shapiro & Rathouse : 1990)*.

دورة النوم:

تحدث مرحلة النوم العميق (*NREM*) في أول الليل ويستغرق فترة بين ٧٠ - ٩٠ دقيقة ويعقبها مرحلة النوم الخفيف - السطحي *REM* (عبد المنعم الحفني: *١٩٩٢*)، ويحدث النوم السطحي *REM* مرة كل ٩٠ دقيقة من بداية النوم ويستمر حوالي ٢٠ دقيقة، ويستغرق حوالي ٢٥% من ساعات النوم كل ليلة، وفيها تحدث حركات العين بمعدل ٥٠- ٦٠ مرة في الدقيقة، ويزول خلالها التوتر العضلي ويحدث شد في الأطراف وانتصاب القضيب - لدي الذكور- ويتأثر سلوك الإنسان بالوقت من النهار الذي يقوم فيه بأداء

---

١ - وهو يشبه حالة اليقظة - ومن هنا جاءت تسميته بالنوم النقيضي.

السلوك، فيظهر الإنسان نشاطاً أكثرفي وقت ما من الليل والنهار، وتبدل فترات اليقظة والنوم هي مثال واضح علي الدورية الترددية للأربع والعشرين ساعة اليومية وترتبط هذه الدورة المنتظمة بمؤشرات خارجية كشروق الشمس وغروبها، ويتبع النوم هذه الدورة إذ يرتبط بالليل أكثر من النهار، وفي غياب المثيرات الخارجية يستمر الإيقاع الترددي للنوم ولهذا يفترض أن المخ قد يكون مبرمجاً بصورة تظهر فيه النظام الدوري، فبعض أجهزته لها صفة الساعة البيولوجية التي تحكم ذلك النظام، وربما استجابة الخلية العصبية للمد والجذر الذي يقابل الدورة القمرية *Lunar Cycle* دليل علي ذلك (سامي عبد القوي: ١٩٩١).

وظائف النوم:

إذا كانت وظائف النوم غير معروفة - علي وجه التحديد - إلا أن دوره كبير في إحداث تكامل الشخصية وتماسكها والشعور بالأمن (*Okasha* 1984:) ومن ثم تكمن قيمة نظرة الفكر الفرنسي القديم إذ اعتبر النوم غذاء للعقل كما أن الطعام غذاء للجسم، وأن دوره مهم في إعادة النشاط والوعي وتجديد الخلايا (*Ahmed* :1991)، وله وظيفة تكيفية هي التغلب علي التعب وهو حالة أيضية تطرأ علي الخلايا العصبية للمخ ما يؤدي لخفض القابلية للإثارة عن طريق الراحة (هاري ويلز: ١٩٧٨)، ويحافظ علي التوازن الداخلي وينظم حرارة الجسم ويساعد علي الاحتفاظ بالطاقة (أحمد عبد الخالق وآخرون: ١٩٩٥) وإصلاح ما أفسده المجهود البدني خلال النهار عن طريق عمليات الهضم والتخلص من الفضلات وتعويض نسبة الكيماويات العصبية.

وظائف فترة نوم *REM*

منذ أن اكتشف *Aserinsky & Kleitment* نوم (*REM*) لدي الأطفال خلال نومهم وفرقا بينه وبين نوم (*NERM*) (*Hobson* : 1996). ويظن بأن لهذا النوع من النوم دور في عملية التعلم، حيث يقوم المخ بتنظيم المعلومات المتكونة خلال اليوم السابق ما يساهم في دعمها وتثبيتها والمساهمة في احتفاظ الذاكرة بها واستعادتها بسهولة فيما بعد (*Ez – Eldin* : 1987) فجيدوا التعلم يقضون فترة أطول في نوم (*REM*) بالمقارنة بسيئي التعلم (: *Graham* 1990)، والحرمان منها يؤدي إلي زيادة الحاجة إليها في الأيام التالية وإلي تدهور السلوك والإصابة بالاضطرابات الوجدانية وإلي زيادة الحاجة لنوم REM في الأيام التالية (*Hawkins* : 1966)، ولقد توصل "دمنت" إلي ما يؤكد ذلك حيث حرم ثمانية من الذكور من نوم REM لمدة تتراوح من أربعة

لسبع أيام ولاحظ إصابتهم بالقلق والتهيج واضطراب والتركيز وزيادة الرغبة في تناول الطعام، كما قضـي خمسة منهم وقتاً أطول في نومREM في الأيام التالية للتجربة وظهر السـلوك الذهني لأثنين من المفحوصـين (جون تايلور: ١٩٨٥)، كما لوحظ أن فترة نوم REM تزيد لدي كل من الأطفال الرضـع والراشدين الذين ينامون أكثر من تسع ساعات، وتقل لدي من ينامون أقل من خمس ساعات، ولعل ذلك يفسر لنا استخدام الحرمان من نوم REM في علاج مرض الاكتئاب حيث وجد أن أصحاب فترات النوم الطويلة يمتازون بالمزاج الاكتئابي والحذر والشـعور بعدم الراحة، كما وجد أن نوم REM يتزامن مع الأحلام، وأن كـانت الأحلام تحدث في مرحلة نوم NREM أيضـاً إلا أن المفحوصـين الذين يتم إيقاظهم خلال فترة نوم REM يقررون بأنهم كانوا يحلمون في حوالي ٧٠ % من مرات الإيقـاظ ، و٣٠ % في خلال نوم NREM (*Ahmed* :1991).

وظائف فترة نوم *NREM*

تسـتغرق فترة نوم NREM من ٧٠ - ٩٠ دقيقة، ثم يعقبها فترة نوم REM لمدة من ٥ - ١٠ دقائق وتنتهي هذه الدورة لتبدأ من جديد، وتكمن وظيفة نوم (NREM) في تجديد وتنشـيط الخلايا بعد ذلك المجهود البدني خلال النهار، وحفظ الطاقة وتثبيت الذاكرة ومنع حدوث التصـرفات الشـاذة والسلوك العدواني (*Ez – Eldin* :1987).

وظائف الجسم أثناء النوم:

تبدأ وظائف الجسم في اتخاذ درجة أداء أقل خلال النوم، فتنخفض درجة حرارة الجسم وتقل معدلات التنفس وينخفض ضـغط الدم وتقل معدلات إنتاج الكورتيزول الذي تنتجه قشـرة الغدة فوق الكلوية ويزداد إفراز هرمون النمو، مما يعد تنشـيطاً لعمليات البناء والتمثيل الغذائي، وفي نوم (NREM) نجد زيادة في وظائف الجسم، وفي نوم (REM) لا ينتظم كل من التنفس والنبض وضـغط الدم كما تحدث ظاهرة انتصـاب القضـيب، ويكون ذلك عادة قبل الاستيقاظ مباشرة (الكسندر بوربلي: ١٩٩٢)[١].

---

١ - يستخدم جهاز رسم القضيب في أغراض التشخيص الفارق الخاص بالعجز الجنسي الذي يعزى لأسباب نفسية أو عضوية، حيث ثبت أن الأسباب العضوية تمنع حدوث الإنتصـاب أثناء النوم ويغلب ألا يحدث الإنتصاب لدى مرضى الاكتئاب (*Shapiro & Rathouse :1990*). كما ترهص تلك الظاهرة بمصير الجنس المغرب خلال النهار، ومدي أهميته في فهم الإنسـان، حيث أن الجنس هو الطريق لفهم الإنسـان بحسب رؤية نظرية التحليل النفسي.

التحليل النفسي للنوم :

يقول فرويد: "إن النوم بدنياً نكوص إلي مرحلة مبكرة، وعود قدر المستطاع إلي مرحلة ما قبل الميلاد- وهي المرحلة الجنينية داخل الرحم – ويعتبر النوم سيكولوجياً نكوصاً إلي مراحل أولية ، وبخاصة المرحلة التي يصفها بالنرجسية البدائية، والإشباع الهلاسي للرغبات، أما من حيث أنه نكوص إلي مرحلة النرجسية البدائية فإن النوم يعني أن المرء قد صرف كل اهتماماته عن العالم الخارجي وركزه حول نفسه، إذ تنصرف الأنا أثناء النوم عن العالم إلي داخل ذاتها في شكل عشق ذاتي نرجسي- ومن هنا جاءت تسمية نرجسية النوم - وفي الإشباع الهلاسي للرغبات الذي يعد وسيلة خاصة للتعامل مع الإثارات الباطنية اللاشعورية التي تتميز بتفوقها علي الرقيب من حيث قوتها مما يجعلها مثار ألم وضيق إذا نجحت في الوصول إلي القبشعور أو الشعور (هاري ويلز: ١٩٧٨)، كما أن النوم حالة تنسحب فيها الشحنات المفرغة علي الموضوعات وتعود إلي الأنا مرة ثانية فيه - النوم - تعاد الحالة الأولي لتوزيع الليبيدو (سيجموند فرويد: ١٩٧٨)، أي أن النوم حالة انسحاب طاقة الغريزة من موضوعاته الخارجية وارتداده إلي منبعه الأصلي وهو الشخص نفسه حيث يعود إلى عشق ذاته أي إلي النرجسية (أحمد فائق: ١٩٦٧). فالنوم حالة وسطي بين اليقظة والموت، وهو غير عضوي ، لأن الأعضاء الحيوية تقوم بأعمالها بحركة منتظمة وهي واقعية - علي الأكثر - تحت سلطة العضلات اللاإرادية، وأنه يعد حالة يعمد إليها الإنسان لإشباع حاجته للراحة، إذ تنقطع رغبته في معرفة الواقع ولذا فالنوم حالة ضعف نسبي للأنا وتقوية للأنا الأعلى والهو، ومنحهما القدرة للحفز والفعل وبهذا يكون النوم راحة نفسية وبدنية وإشباع للرغبات المكبوتة (عبد العزيز جادو: ١٩٥٦)، (صلاح مخيمر: ١٩٧٩). والنوم هو الحالة التي يعمد إليها الكائن الحي لإشباع حاجته إلي الراحة، أو علي وجه التحديد حاجته إلي الإغفاء، فالنوم الهادئ الخالي من الأحلام هو أقصى ما يستطيع أن يصل إليه كائن حي من خفض للتوتر، والنائم تنقطع رغبته في معرفة الواقع، وبذلك فإن النوم يعتبر حالة ضعف نسبي للأنا وتقوية نسبية للمنظمتين الآخريتين للحفز والفعل، وهما الهو والأنا الأعلى. ومن الناحية التكوينية يخلع فرويد على النوم معنى العودة إلى الحياة السابقة على الميلاد: "نحن ننشئ لأنفسنا بالأحرى ظروفاً قريبة الشبه من ظروف هذه الحياة : الحرارة والظلام وانعدام المثيرات. وبعضنا يلف نفسه في لفة (قرفصائية) محكمة ويعطي جسمه أثناء

نومه وضعاً شبيهاً بالوضع الذي كان عليه في رحم أمه". فالنوم إذن يتضمن سيطرة الحاجة إلى النوم وضعف الحاجات الأخرى. وبالتالي فإن اضطراب النوم أو النوم الذي لا يمنح الجسم الراحة المطلوبة أو حدوث الأرق الناتج ضغط عن التوترات المزعجة وظهور بعض حالات الأرق متأثرة بالتنبيهات الخارجية كالضوضاء أو الهموم الشعورية الحادة أو الترقب المشحون بانفعالات لذة أو مؤلمة أو تهيج جنسي بدون إشباع [1] أو غضب مكبوت ويغلب أن يرتبط بإغراء أو خوف من عقاب، وقد يكون الضعف المؤقت للأنا مصدراً للخوف بمعنى أن تضعف قدرة الأنا على الدفاع عن نفسها ضد الحوافز غير المقبولة مثل الهروب في الأرق ، فضلاً عما يتضمنه الأرق من معنى العقاب ولدى بعض الناس يتم استخدام النوم كدفاع ضد عالم واقعي قليل الإرضاء أو ضد توترات مؤلمة فيتجهون لفرط النوم وهو ما يسمى بالهروب إلى النوم (دانييل لاجاش :١٩٧٩).

ولهذا يتجلي النوم بأنه أمر معجز لا من حيث أسباب حدوثه فقط، ولكن من حيث معرفة كنهه وطبيعته البنائية، فعلى الرغم من خبرتنا المباشرة به يومياً إلا أننا لا نعرف عنه إلا القليل ومع هذا سنجري علي عادة الباحثين في صك تعريف للنوم بأنه "حالة من غياب الوعي والتنبيه جزئياً للبيئة الخارجية وهو سلوك يهدف إلي الشعور بالراحة وإشباع الرغبات المكبوته عن طريق الأحلام وتظل أعضاء الجسم تقوم بوظائفها بشكل أقل من المعتاد في حالة اليقظة".

الإدراك والانتباه أثناء النوم:

عندما يغلبنا النوم لا نستجيب لحديث الآخرين، ولا نملك تقريراً واضحاً عنه، ويمكننا التغلب علي وجود الضوضاء وأن تنام بعمق، فراكبو القطار - مثلاً - ينامون ويستيقظون قبل وصولهم إلى المحطات التي يرغبون في الوصول إليها، ولعل سبب هذا الاستيقاظ في هذا التوقيت أنهم يرصدون ما يسمعونه خلال النوم ويقومون بعملية انتقائية لما يصل إلي المخ.، ومن ثم يحدث الاستيقاظ ولعل ما يدعم ذلك الرأي أن أغلبنا يستيقظ عند سماع اسمه أكثر مما يحدث لسماع أسماء الآخرين. وأن الأمهات يوقظهن أصوات

١- يقرر فرويد أن ليس من شك في أن الإشباع الجنسي هو أفضل منوم تماماً كما أن الأرق على وجه التقريب يكون نتيجة لنقص ذلك الإشباع، ويقول في تحليله لحالة "دورا" الفتاة التي كان يعالجها من أعراض الهستيريا إن والدها لم يستطع النوم لأنه كان محروماً من الاتصال الجنسي بالمرأة التي كان يحبها (سيجموند فرويد:١٩٧٩).

أطفالهن أسرع من أي صوت آخر حتى وإن كن وصلن لمرحلة النوم العميق (*Empson*: 1993).

ومن ثم فالنوم ليس حالة سلبية، فإذا كان الانتباه في حالة اليقظة موزعاً نحو موضوعات كثيرة غير أن واحداً منها فقط يجذب مقداراً كبيراً من ذلك الانتباه والاهتمام لذا يظل الاتجاه نحوه موجوداً، ومن ثم فالنوم يكون بالنسبة لموضوعات معينة بينما تبقى اليقظة لموضوعات أخرى (أبو مدين الشافعي:١٩٤٤)، ولذلك فعلاقتنا بالعالم الخارجي لا تنقطع أثناء النوم وتتبدى تلك العلاقة في صورة أخرى هي الحلم – ذلك الحلم الذي نحلم فيه بما يحقق النوم ويحفظ استمراره (سيجموند فرويد: ٢٠١٢)، فإذا احتاج الجسم للراحة ونالها عن طريق النوم فإن المخ أكثر احتياجاً لها إلاَّ إنه لا يصيب منها شيئاً حتى في أعمق مراحل النوم لأنه – المخ – يعمل بصفة مستمرة ولا يصيبه الكلل (*Graham*:1990)، وإذا كان النوم يتضمن ذلك النشاط فإنه ليس سلبياً بل هو عملية إيجابية نشطة بالقطع، على الرغم من أنها لا تحدث إذا كان مستوى التنبيه الخارجي عالياً(جون تايلور: ١٩٨٥).

الحاجة إلى النوم:

تختلف الحاجة إلى النوم من شخص لآخر ، فحاجة العمل اليدوي للنوم تتباين عن حاجة العامل الذهني، لأن أجزاء معينة من الجسم تتعب أسهل من غيرها (أحمد رضوان :١٩٨٦)، ونتيجة لذلك يحتاج بعضنا لساعتين أو ثلاث ساعات على الأكثر من النوم لكي يشعر بعدها بالراحة والانتعاش (*Fisher*:1994)، فالطفل بعد الميلاد يحتاج لعشرين ساعة من النوم يومياً وتبدأ هذه الكمية من عدد الساعات في التراجع لحوالي ثماني ساعات تقريباً في مرحلة الرشد غير أن هناك أناس آخرين يحتاجون لأقل من عدد تلك الساعات ٨ ساعات يومياً ، أما المسنون فتقل حاجتهم للنوم مع احتفاظهم بالنشاط والحيوية المعتادة (*Oswald*:1992)، حيث وجد أن ٣٢% من الناس ينامون ما بين ٦،٥ -٨،٥ ساعة يومياً، وحوالي ١٦،٥ % ينامون أكثر من ٨،٥ ساعة، وما يقترب من ١٦،٥ % ينامون أقل من ٦،٥ ساعة ، وقد يوجد من ينامون أقل من ذلك (*Empson*: 1993).وفي دراسة شملت ٨٠٠٠ من الأمريكيين ممن تزيد أعمارهم عن ثلاثين عاماً تبين أن كل واحد من الألف ينامون أقل من أربع ساعات، وكل أربعة من الألف ينامون فترة تتراوح بين أربع إلى خمس ساعات ،وكل ستة عشر من الألف ينامون فترة تزيد عن عشرة ساعات وكل اثنين وأربعين من المائة ينامون فترة تتراوح بين ثماني

إلى تسـع سـاعات، وثلث المجموعة قرروا أن فترة نومهم تقع بين سـبع إلى ثماني سـاعات يومياً، وفي دراسـة مماثلة شـملت ٨٠٠ من الفرنسـيين تبين أن فترة النوم لدى الغالبية العظمى منهم تتراوح بين ثماني إلى ثماني سـاعات ونصف يومياً، وفي سويسرا تبين من دراسـة على الأطفال في الخامسـة من العمر أن فترة نومهم - في الغالب - تتراوح بين ثماني إلى خمس عشرة ساعة يومياً (الكسـند بوربلي: ١٩٩٢). وأما عن العلاقة بين كمية النوم والحالة النفسية فقد توصل Webb إلى عدم وجود فروق في القدرات العقلية والحالة المزاجية لصالح من ينامون سبع أو ثماني ساعات يومياً، وأن المسنين أقل حاجة للنوم من البالغين؛ فكمية نومهم تصل إلى خمس ساعات وتصاحبهم الصحة والعافية وأن بعض الأسـتراليين ينامون ثلاث سـاعات، وبعض المسـنات ينمن سـاعة واحدة في الليلة ولا يشـتكيان من نقص كمية النوم (*Graham* :1990)، ولعل علاقة التعب البدني والذهني بالحاجة إلى النوم، وكميته لما تزل موضـع جدل إذ تزداد قوة الحاجة للنوم كلما طالت فترة اليقظة؛ فعادة القيلولة – التي يحرص عليها البعض نهاراً – تنقص من كمية النوم العميق في الليلة التالية وتقل الحاجة للنوم بقلة التعب الذي يعانيه الشخص خلال اليوم (الكسندر بوربلى: ١٩٩٢)، بيد أن البعض يهون من أثر التعب في مقدار الحاجة للنوم بأن نوم الصغار يقترب من ثماني عشر ساعة يومياً مع أنهم لا يعرفون التعب، وأن كثير من الأثرياء ينامون بشكل جيد مع أنهم لا عمل لهم (*Graham* :1990)، فعلى الرغم من الجهد الذي بذله مجموعة من المتسـابقين - في مارثون - إلا أنهم لم يناموا جيداً في الليلة المصاحبة ليوم السباق ولكنهم حصلوا على كمية نوم زائدة في الليالي التالية (الكسندر بوربلى: ١٩٩٢). وهكذا يتضح جلياً تباين الحاجة للنوم حسب العمر والأيديولوجيا ونوع العمل والهوايات والنشاط اليومي، ويكاد يخبر كل منا أنه لا ينام عدداً ثابتاً من السـاعات في كل يوم، لأن كلاً من الظروف المناخية والأحداث الاجتماعية والحالةالصـحي تلعب دوراً مهماً في حاجتنا للنوم، فخلال العطلات الأسبوعية والأجازات والأعياد يتغير موعد نومنا وكميته – زيادة أو نقصاً ـ وتقل حاجتنا إلى النوم أيام الاستعداد للامتحانات، وأيام رعاية المرضى في الفرش، وفي حالات الفرح والنشوة وترقب الأحداث ... ومع هذا فإن ضغط أو إلحاح الحاجة إلى النوم قد يكون من القوة بحيث يرغم الإنسان عليه مهما كانت الكوارث الناتجة عنه (جون تايلور: ١٩٨٥).

الحرمان من النوم:

استخدم الرومان الحرمان من النوم في التعذيب، وشاع هذا الأسلوب في العصور الوسطى بأوروبا كي يعترف السجناء بجرائمهم، وأحياناً بدعوى طرد الشياطين من أجساد البشر (الكسندر بوربلى: ١٩٩٢)، ويؤدى الحرمان من النوم إلى نقص الانتباه وصعوبة التركيز وشرود الذهن واضطراب الإرادة فيميل الشخص إلى اختصار الأعمال وتبسيط المجهود والافتقار لروح المقاومة، وكثيراً ما تراوده فكرة مغادرة السرير بعد الاستيقاظ ، إلا أنه لا يقدر على تنفيذ ذلك، وتهزل قواه البدنية ويقل وزنه وهذا يجعله ميالاً للعزلة والسكون والرغبة في الابتعاد عن الآخرين، ويؤدى الحرمان من النوم - كذلك - إلى ضعف الوظائف العقلية وشيوع الهلاوس والانفعالات الحادة (*Graham* :1990)، ونقص الانتباه وزيادة أخطاء الإدراك وارتعاش اليدين ونقص معدلات الأيض – التمثيل الغذائي - وزيادة الحساسية للألم ، وسوء التوجه والخداع الحسي البصري وصعوبة التركيز وسهولة النسيان وزيادة الإرهاق البدني والاندفاعية وتبلد المشاعر (*Ahmed*:1991).

ولقد توصلت العديد من الدراسات الحديثة إلى تأكيد الآثار السلبية للحرمان من النوم على الحالة النفسية والجسمية للشخص ، فقد تبين أن المفحوصين الذين حرموا من النوم قد ذكروا - في إحدى التجارب – رؤيتهم لخيوط العنكبوت وهى تتعلق بأيديهم وجباههم؛ وأن عصابة – رباطاً – تضغط على تلك الجباه، وعبثاً حاولوا التخلص منها،كما اشتكى أحدهم من تفكك الشخصية حيث ردد :"أحس بأنني غريب وظننت أنى شخص آخر – ويتساءل من يا ترى أكون ؟– وتم تفسير ذلك بأن الهلاوس الحادثة في اليقظة إنما هي أحلام تخترق مجال اليقظة لأولئك المحرومين من النوم (جون تايلور: ١٩٨٥)، ويذكر Kales وآخرون (١٩٨٥) أن الهلاوس والهذاءات وارتعاش الأيدي وصعوبة ضبط حركات العين وانخفاض عتبة الألم قد ظهرت لدى ستة أشخاص ممن حرموا من النوم لمدة ٢٠٥ ساعة وكانت هذه الأعراض واضحة تماماً بعد مرور ستين ساعة من الحرمان من النوم(أحمد عبد الخالق ومايسة النيال: ١٩٩٢)، ولاحظ *DykeAcland* (١٨٩١) التحسن في خطوط التلاميذ الذين يحصلون على قسط وافر من النوم عن غيرهم من مضطربي وقليلي النوم (فريزر هرس: ١٩٤٨). كما توصل *Mickulincer* وآخرون إلى دور الحرمان من النوم لمدة ٧٢ ساعة في نقص الدافعية وبطء عمليات التفكير وكثرة الأحلام التي تخترق مجال اليقظة.

استخدام الحرمان من النوم في علاج مرضى الاكتئاب:

على الرغم من الآثـار السـلبيـة النـاتجـة عن الحرمـان من النوم *sleepdeprivation* إلا أنه يعد أحد الأسـاليب الفعالة في علاج مرضـى الاكتئاب وقد بدأ استخدامه منذ عام (١٩٧٠) على أيدي فينك وشولت، وتقوم هذه الطريقة على حرمان المريض من النوم بشـكل كلى أو حرمانه من نوم *REM* - مما يؤدى لاختفاء أعراض المرض ، وذلك عن طريق توصيل جهاز *EEG* برأس المريض للتعرف على مراحل النوم التي يمر بها حتى يتم إيقاظه خلال نوم *REM* ـــ الذي تحدث فيها الأحلام غالباً ـــ ويظن بأن هذه الطريقة تؤدى لنقص نوم *REM* وهذا التأثير هو ما تحدثه مضادات الاكتئاب في شكل تغيرات في الكيماويات العصـبية الناقلة (سـامي عبد القوى: ١٩٩٦). وهذا يتعارض مع ما هو معروف من أن الأحلام تنفث عن الرغبات المكبوتة ومن ثم تكون وظيفتها إعادة التوازن النفسي فإذا ما ألغينا الحلم بطريق اصطناعية عند شـخص ما لمدة معينة فإن المخ يقوم بعملية اسـتلحاق وفي الليلة الأولى التي يعود فيها الشخص لوضعه الطبيعي فإنه يحلم ضعف ما ينبغي أن يحلم به ، وكأنه يقوم بعملية تعويض ما حرم منه (عادل خضـر، ١٩٩٧)، ولقد توصـل العديد من الباحثين إلى فاعلية الحرمان من النوم في علاج مريض يعانى من عته الشيخوخة الكاذب، حيث تحسـنت قدراته المعرفية بعد العلاج عندما قورنت درجاته على مقياس وكسـلر لذكاء الراشـدين قبل وبعد العلاج (*Williams ,et. al :1994*)، وتوصـل آخرون إلى فاعليته في علاج سيدة تعانى من الاكتئاب ذاتي المنشأ، حيث تناولت عقار من مادة ثيروكسين الذي يزيد بدوره من فترة اليقظة ويقلـل فـترة النـوم (*Southmayed,et.al.:1992*). أما الدراسة المحلية الوحيدة في هذا المجال فقد قام بها *Mahfouz* *وآخرون* وكان الحرمان من النوم جزء من خطة علاجية مع المرضى النفسيين، واقتصر الحرمان من النوم على فترة تتراوح بين واحد إلى ثلاثة أيام، وقد سـبق ذلك جلسـة علاج نفسـي جمعي طويلة وأعقب الحرمان من النوم إعادة تأهيل المرضـى، ولوحظ تحسـن حالتهم (*Mahfouz ,et.al.:*1982). ومع أن الدراسـات السـابقة تشـير إلى فاعلية الحرمان من النوم في العلاج النفسـي فإن *Renold* وزملائه يقررون عدم تـأثير الحرمـان من نوم REM في تحسـن بعض أعراض الاكتئـاب لـدى مجموعة من مرضى الزهايمر (*Reynold, et.al. :199*0*)*

الجوانب الثقافية والاجتماعية للنوم:

لا يملك الناس ـــ عادة ـــ حرية اختيار أوقات النوم واليقظة لارتباطهما بالحياة الأسرية والتنشئة الاجتماعية ونظم المدارس وظروف العمل، لأنهما على صلة بالنظام الكوني العام ـــ نظام تعاقب الليل والنهار- فإذا ما جن الليل رأينا الحيوانات والطيور تهرع إلى الظلام والسكون مع استثناء الحيوانات الليلية كالأسد والهرة، ومع هذا فإن هناك عوامل كثيرة تجعلنا ننام- غالباً- بالليل، فمنذ آماد سحيقة اعتاد البشر أن يأووا إلى منازلهم بعد غروب الشمس، والبدء في الاستعداد للنوم، بيد أن التقنية المعاصرة غيرت نمط الحياة وأصبح من اليسير ممارسة أنشطة النهار أثناء الليل، مما أدى إلى غياب عادة النوم المبكر (الكسندر بوربلى: ١٩٩٢) .

ومن ثم تلعب الثقافة وعادات المجتمع دوراً مهماً في سلوك النوم ، ومواعيد بدئه وكميته والعادات والطقوس المرتبطة به، فالمصري القديم - الفراعنة – استخدم أسرة ظاهرة فوق سطح الأرض – للنوم عليها وأبدعوا عليها نقوشاً ورسوماً لم تزل باقية حتى الآن في آثارهم ، وصنع الرومان أماكن للنوم على هيئة محاريب ، وفي المناطق الفقيرة من العالم نلاحظ استخدام الناس للفراش المصنوع من القش وسرعان ما فطن الإنسان بأهمية استخدام الوسائد ليلقى عليها رأسه عند النوم لكي يشعر بالراحة، وتذهب بعض الثقافات إلى النوم الجماعي في موضع واحد كما في جماعات العمل في المناجم والمحاجر والصحراء وآبار البترول . ولم تزل جمهرة من الناس يقبلون نوم الأطفال مع الوالدين في فراش واحد أو في حجرة واحدة حتى سن ليست صغيرة (*Webb* : 1993) ، فأوروبا - على سبيل المثال - لم تعرف غرف النوم المستقلة إلا حديثاً، فقد كان الخدم ينامون بجوار سادتهم لخدمتهم وكثيراً ما كانت تتسع تلك الغرف لأنشطة أخرى غير النوم مثل تناول الطعام والحديث مع الأصدقاء .. إلخ (الكسندر بوربلى: ١٩٩٢).

وعن الفصل بين الذكور والإناث في أماكن النوم، فقد وجد أن هناك فروقاً بين المناطق الريفية والبدوية في محافظة الفيوم بشأن الفصل بين الذكور والإناث في أماكن النوم وانعكست على تباين درجة معرفة الطفل في المجتمعين (الريف – البدو) بالثقافة الجنسية، فبالرغم من تشابه الظروف والعوامل الأيكولوجية للمسكن في الريف والبدو ، إلا أن الفصل بين الذكور والإناث (البالغين والأطفال) يعد عاملاً حاسماً يرجع إليه تباين درجة معرفة الطفل للثقافة الجنسية في الريف والبدو، فقد تبين قلة استخدام الطفل البدوي

نسبياً للألفاظ والشتائم المرتبطة بأسماء الأعضاء الجنسية أثناء اللعب ، في حين أنها تشيع أكثر لدى الأطفال الريفيين، إلى جانب وجود نسبة مرتفعة من حالات الاعتداءات الجنسية وجرائم الاغتصاب في مرحلة المراهقة بالريف (نجوى عبد الحميد: ١٩٩٢).

وفي التراث الإسلامي حظي النوم وعاداته بقدر هائل من الاهتمام. ومراعاة حالة المرء خلال النوم لأنه يتضمن غياب الوعي جزئياً ، وآنئذ قد يأتي الإنسان فيه من السلوك ما لا يرضاه في حالة اليقظة.، فعن أبى هريرة قال: رأيت سبعين من أصحاب الصُفة ما منهم رجل إلا عليه رداء إما إزار وإما كساء قد ربطوا في أعناقهم فمنها ما يبلغ نصف الساقين ومنها ما يبلغ الكفين بتجمعه بيده كراهية أن ترى عورته (البخاري: ١٩٨٦)، والأحاديث كثيرة حول هيئة الاستعداد للنوم وضرورة التفريق بين الذكور والإناث أثناء النوم والاستئذان قبل دخول المنزل[1]، كما ضرب الجلال على غرفة النوم حتى لا يغشاها غريب وأن يخلط السلوك داخلها بالكتمان تقديراً لمشاعر أصحابها.

وفي المجتمع المحلى كان إلى عهد قريب توجد غرفة خاصة للضيوف لاستقبالهم فيها وكثيراً ما تتسع لنومهم إذا ما قضت الحاجة بذلك، وكان الفلاحون في الريف ينامون بعد العشاء ويستيقظون مع الفجر لبدء أعمالهم ، وعادة ما يأخذون القيلولة ظهراً خلال ساعات عملهم بالحقول.

وللتربية دور مهم في تعليم سلوك النوم ومواعيده وكميته ، فقد قام فريق من الباحثين في كاليفورنيا بمحاولة لتقليل عدد ساعات النوم لدى أربع أسر عن طريق التدريب على إنقاص عدد ساعات النوم المعتادة، ومن بينها ثلاث أسر من النوع الذي يقضى ٨ ساعات في النوم كل يوم، بينما الأسرة الرابعة كانت تقضى ٦,٥ ساعة في اليوم واعتمدت التجربة على تأخير موعد الإخلاد للنوم نصف ساعة كل أسبوعين أو ثلاثة، وتوصل هؤلاء الباحثين إلى رغبة الأسر الثلاث في الاحتفاظ بفترة نوم تتراوح بين ٥,٥ ــ ٧,٣ ساعة وذلك بعد وصولهن إلى القدرة على خفض ساعات النوم إلى ٥,٥ و ٤,٥ ساعة على التوالي خلال التجربة ، أما الأسرة الرابعة فقد فضلت الاحتفاظ بفترة نوم مدتها ٥ ساعات بدلاً من ٦,٥ ساعة (الكسندر بوربلى: ١٩٩٢).

وللمناخ دور في الشكوى من اضطراب النوم نتيجة انخفاض أو ارتفاع درجة الحرارة صيفاً وشتاءاً، فقد وجد ارتفاع الشكوى من الأرق في فصل

---

١ - راجع الآيات ٥٨، ٥٩، ٦٠ من سورة النور.

الشـــتاء النرويج واعتدالها في بقية العام (*Husby&Linjaerd*:1990). وقد يضــطرب النوم نتيجة للطريقة التي تقضـــى بها الســاعات التي تســبق النوم كالانغماس في أنشـطة مجهدة جسـمياً أذهنيا أو تناول كميات كبيرة من الشـاي أو القهوة، كما يتأثر النوم بالهموم والمشكلات التي نعيشـها بالتوقعات السـارة أو الضـارة. وعن عادة القيلولة فقد وجد انتشارها لدى الكبار في شمال ووسط أوروبا وشـمال أمريكا الجنوبية والوسـطى وقد أُرجع ذلك لمواجهة ارتفاع درجـة الحرارة، كما قرر حوالي ٤٢% من شـــعب اليونان أنهم يعمدون إلى القيلولة ٣ مرات على الأقل أسبوعياً ، وفي الصـين ينص الدستور في مادته ٤٩ على حق الطبقات العاملة في الراحة خلال العمل، لذا فأنهم يلجئون إلى القيلولـة بعد تنـاول الغداء، كما تـأكد أن التغيرات الثقافية في المجتمع تلعب دوراً في كمية النوم وتوقيته، فقد توصــلت دراســة بولاية كاليفورنيا فيما بين عامي ١٩١٠ ـــــ ١٩١٣ إلى أن كمية نوم الأطفال تتراوح بين ٤٥٠- ٥٥٠ دقيقة في الليلة الواحدة، وقد أرجعت تلك الفروق للتغيرات الثقافية التي حدثت في الفترة الزمنية الواقعة بين الدراستين (*Webb*:1993).

وللتقاليد الدينية في التراث المسيحي دور في سلوك النوم وعدم الإفراط فيه وتحديد مواقيته، ففي استراليا لا يسمح للشباب من الذكور بالنوم لمد ثلاث ليال خلال مراسم التكريس أو طقوس التدشين، وسهرات الزهد في الممارسات الدينيـة عند الرهبان المســـيحيين الأول تلك التي كانت تســـتغرق الليل كله، وطقوس الأديرة في الكنائس الشرقية لا تسمح لمن فيها بالنوم لأكثر من ثلاث أو أربع ساعات متصلة في الليلة الواحدة (الكسندر بوربلى: ١٩٩٢).

وفي التراث الإســـلامي كان الرســـول (>) يكره النوم قبل العشـــاء (البخاري: ١٩٨٦)، ولم يمنع أحد من النوم في المســـجد ولم تحدد ســـاعات بعينها لذلك، فعن نافع قال "أخبرني عبد الله بن عمر أنه كان ينام وهو شـــاب أعزب لا أهل له في مســـجد النبي، وذات مرة ذهب النبي (>) إلى على بن أبى طالب في منزله فلم يجده فبحث عنه في المســـجد فإذا به نائم ..(المرجع السابق،ص١٩١) .

وللعمل وظروفه تأثير في كمية النوم وتوقيته، فمن الشـائع سماع شكوى العاملين ليلاً من صـــعوبـة الدخول في النوم، وكثرة الاســـتيقاظ أثناء الليل والشـعور بعدم كفاية النوم وقلته بالنهار بسـبب الضـجيج مما يجعل نومهم أقل بمقدار سـاعتين أو ثلاث عن السـاعات اللاتي يحصـلون عليها إبان عملهم في النوبات النهارية، مما يؤدى إلى اختلال شعورهم بالسعادة والراحة واضطراب

العلاقات الأسـرية نتيجة التغيرات الطارئة على سـاعات العمل، وصـعوبة مواكبة الحياة الاجتماعية لأنهم يتناولون طعامهم في غير المواعيد المعتادة ويأوون إلى فراشهم إذ الناس أيقاظاً (الكسندر بوربلى: ١٩٩٢).

ولاحظ Webb أن العاملين في مقاطعة صـناعية أمريكية كانت كمية نومهم خلال أيام العمل بلغت ٤٥٣ دقيقة في الليلة للذكور و٤٤٩ دقيقة للإناث، أما في أيام العطلات فقد بلغت ٥٤٧ دقيق للذكور و٥٣٣ للإناث، كما توصل أيضاً إلى أن حوالي ٦٠% من العاملين يعتمدون في استيقاظهم صباحاً على سـاعات الإيقاظ (المنبهات). وأن حوالي ٤٢% من طلاب الجامعة يحصـلون على غفوات من النوم نهاراً بمقدار ٥ مرات أو أكثر في فترة ١٥ يوماً – فترة إجراء الدراسة – وأن حوالي ١٦% قرروا عدم حصولهم على تلك الغفوات، ولعل ذلك يعود إلى النظام المرن للطلاب، وأن أعمالهم غير محددة ولا ملزمة وأنهم كثيراً ما يسـهرون ليلاً وينامون نهاراً (*Webb*: 1993).

ونلاحظ أن العمال الذين يسـتخدمون سـاعات الإيقاظ (المنبهات) يكون استيقاظهم رغماً عنهم وأنهم غالباً غير راضين عن كمية نومهم، ولذا فمن الطبيعي أن نجدهم يعمدون إلى زيادة سـاعات نومهم أيام العطلات الأسبوعية، وتكثر لديهم تبعاً لذلك شكواهم من اضطراب إيقاع النوم واليقظة (جون تايلور: ١٩٨٥)

ولقد وُجد أن غفوات النوم خلال النهار لدى العمال الاسـتراليين تنتشـر بنسـبة ٦٤% لدى الذكور و ٧٢% لدى الإناث وقد كثرت شـكوى حوالي ١٢,٤% من الذكور و١٨,٨% من الإناث من عدم جودة النوم وأنها أكثر ارتباطاً وأنها أكثر ارتباطاً باضـطراب الأعصـاب، وينتج عنها وقوع الحوادث أثناء العمل وبخاصـة لدى السائقين (*Johns&Hocking*:1994). كما ثبتت أن حوالي ٦٤% من الذكور و٤٥% من الإناث فوق ٦٠ عاماً يحصلون على غفوات النوم خلال النهار (*Hohagen ,et.al.:1994*).

الجوانب السيكومترية للنوم واضطراباته:

من المعروف أن قياس النوم يتم باسـتخدام جهاز الرسـام الكهربائي المعروف بـــ EEG ، وهناك عدم انتظام في بروفيل النوم فلدى الراشدين الصغار تبلغ نسبة المرحلة ١ حوالي ٥% من إجمالي فترة النوم (كمثال فقط لعدم تساوي شكل النوم لدى الإنسان) فتظهر أيضاً صفحة بروفايل بها تغيرات ملحوظة مع التقدم في العمر ، كما أن الأطفال حديثي الولادة ينامون قسـطاً

كبيراً من اليوم، وكلما تقدم العمر قلت كمية النوم بعامة (أن تايلور:١٩٩٦)، ويؤكد هايندمارش على افتقارنا للمقاييس الموضوعية المقننة في تشخيص اضطرابات النوم، ومن ثم تكمن صعوبة في تحديد مدى درجة الاضطراب الذي يعانى عنده الشخص من اضطرابات النوم، وذلك يرجع لتباين حاجة كل منا لكمية النوم المطلوبة، فنوم العامل اليدوي يختلف عن نوم العامل المثقف، وعن صاحب الأعمال الذهنية، كما تختلف هذه الكمية حسب فصول العام ومكان الإقامة والأحداث المتوقعة والاهتمامات العارضة (هايندمارش: ١٩٩٠)، ونعرض فيما يلي لمجموعة من طرق قياس النوم واضطراباته.

الرسام الكهربائي للمخ *(EEG) Electroencephalogram*

يقدم لنا EEG وصفاً لحالة المخ إذ يكشف عن التغيرات الحادثة في معدل نشاطه في شكل مرسوم لعدد النبضات في الثانية الواحدة (ألن هوبسون: ١٩٩٢) ، ولقد زادت المعلومات عن النوم في الفترة الأخيرة بفضل استخدامه فمنذ أعمال *Berger* (١٩٢٩) حين استعان به في بحوثه التي توصل بعدها إلى وجود فروق ضئيلة في أداء المخ في حالتي النوم واليقظة، وتابعه في هذا الاهتمام كلاً من *Dement& Klitman* (١٩٥٧) وتوصلا إلى معرفة مراحل النوم ، ولعب هذا الجهاز دوراً مهماً في تحديد الدور النيوروسيكولوجى والنيوروفسيولوجى للنوم وعلاقتهما بالفحص الفسيولوجى وأثر مستوى إفراز الهرمونات ودرجة حرارة الجسم والعقاقير الطبية على كل من عمق النوم واضطراباته ومدى التيقظ والانتباه وفترات النوم المتعدد خلال النهار، كما في توقف التنفس أثناء النوم وفرط النوم وغشية النوم، ولعل جدلاً واسعاً نشأ بين مؤيدي استخدام المقاييس الموضوعية من السيكولوجين الذين يرون فاعلية تلك المقاييس في الكشف عن الرضا عن كمية النوم ودرجة الاستمتاع بها والإحساس بالراحة بعد النوم، ونوعية الاتجاه نحو النوم واضطراباته عن مثل تلك الأجهزة التكنولوجية.

(Shapiro Rathouse : 1990)

مقاييس التقرير الذاتي لاضطرابات النوم :

وتقوم هذه الطريقة على قيام الشخص بتحديد المشكلة المرتبطة بالنوم، وقد استخدمها *Nilssen* وآخرون على النحو التالي:

١ـ هل لديك مشكلات في النوم خلال الأسبوعين الماضيين؟

٢ـ في أي وقت من العام تكثر هذه المشكلات ؟

٣ـ حدد نوع المشكلة التي تعانى منها مما يلي؟

أ- صعوبة الدخول في النوم.
ب- نقص كمية النوم بسبب الاستيقاظ المتكرر ليلا.
ج- الاستيقاظ المبكر جداً في الصباح.
د- النوم طوال الليل.
ه- الشعور بعدم الراحة بعد الاستيقاظ

مقياس مونرو لمعدل النوم اليومي:

ويهتم بقياس الجوانب المختلف للنوم عن طريق الاستفسار عن عدد الدقائق التي يقضيها الشخص في السرير قبل الدخول في النوم ، وعدد مرات الاستيقاظ أثناء الليل والوقت الذي يستغرقه في كل مرة من مرات الاستيقاظ ، وعدد الساعات التي يقضيها في النوم كل ليلة، وتناول الشخص للعقاقير الطبية لمواجهة مشكلات النوم. ويجاب على هذا المقياس على متصل للايجابية مكون من سبع اختيارات. والاختيار بهذه الصورة يعنى بقياس الأرق وتحديد فئاته مما يجعله قاصراً عن الإحاطة ببقية أنماط اضطرابات النوم.

مقياس خبرة النوم واليقظة:

ويتكون من ١٥عبارة تشمل ستة مجالات هي: بداية النوم واستمراره والاستيقاظ المبكر في الصباح، وصعوبة الاستيقاظ ، الإحساس بالتعب الجسمي أثناء الاستيقاظ ، والإحساس بالرغبة في النعاس بالنهار. ويجاب عن هذا المقياس بتقرير مدى شدة المعاناة ومرات حدوثها وفترة بقائها، ونلاحظ عناية المقياس بتشخيص أنماط الأرق.

مقياس سجل النوم اليومي:

ويهدف إلى تحديد الشكوى من الأرق ومعرفة أنماطه المختلفة ويجاب عنه على متصل من ٥- ٩ درجات، ويصلح للأفراد من عمر ١٦ ـ ٨٥ عاماً.

مقياس الاتجاهات والمعتقدات الخاطئة عن النوم:

ويهدف لقياس الاتجاهات والمعتقدات نحو النوم واضطراباته ويجاب عنه على متصل مكون من ثلاث درجات وهو مكون من ٣٠ عبارة من قبيل :

١ـ أكون مضطرباً إذا بقيت ليلة أو ليلتين بدون نوم.
٢ـ يصيبني القلق نتيجة معاناتي من الأرق.
٣ـ يصيبني القلق عند فقد قدرتي على التحكم في النوم.

مقياس شدة الأرق:

ويهدف لمعرفة شـــدة الأرق والآثار المترتبة عليه كالتعب الجســـمي وصعوبة التركيز وعلاقته بالمشكلات الانفعالية كالقلق والاكتئاب. ويتكون من ١٢بنداً مثل:-

١- أجد صعوبة في الدخول في النوم.

٢- حدد المشـــكلات التي تنتابك بعد نقص النوم ليلاً. ويجاب عنه على متصل مكون من ٥ درجات وبعض أسئلته مفتوحة النهايات.

مقياس فحص النوم:

ويهتم المقياس بفحص النوم واضطراباته، والسلوك المرتبط بهما سواء في الليل أو النهار وتتكون الأسئلة الخاصـة بالنوم أثناء الليل من ٢٥ سـؤالاً. ويجاب عنها بنعم أو لا، وعلى متصـــل من ٤ درجات، والاختيار من متعدد للأشـياء التي تؤدى إلى الاستيقاظ من النوم، أما عن الأسـئلة الخاصـة بالنوم واضـــطراباته خلال النهار فهي مكونة من ١٧ بنداً. ويجاب عنها بنعم أو لا، واختيار من متعدد حول أوقات المعاناة من اضـــطراب النوم، وأما عن علاقة اضطرابات النوم بالتاريخ الأسرى فهي مكونة من ٤ بنود. ويجاب عنها بذكر أفراد الأســـرة الذين يعانون من اضـــطرابات النوم في الوقت الحالي أو في الماضي.

سجلات النوم اليومية:

وهي تعني بتسجيل كمية النوم، وأوقاته، وعدد مرات الاستيقاظ ومدة كل منها وتناول العقاقير المنومة والآثار المترتبة عليها، وذلك خلال الأسبوع[١].

مقياس شدة التيقظ والانتباه :

ويهدف لقياس شـــدة التيقظ، وهو مكون من ٢٦ بنداً ويجاب عنها علي متصـــل رباعي الدرجة (لا توجد، توجد قليلا، توجد كثيراً، توجد كثيراً جداً) مثل:

١- لدي مشكلات في الدخول في النوم.

٢- لا أنام بالنهار.

---

١ - هذه المقاييس التي عرضنا لها في الصفحات السابق كان قد أرسلها لنا أد/ شارلز مورين أستاذ الطب النفسي بجامعة فيرجينا بالولايات المتحدة الأمريكية بناء على طلب شخصي من المؤلف، وهو ما نمتن له كثيراً، ونذكر بكل خير ذلك الفعل الذي ضـــن به من تواصـــلنا معهم من الأســـاتذة العرب والمصـــريين يومذاك.

مقياس اضطرابات النوم :

ويهدف لمعرفة اضطرابات النوم عن طريق التقرير الذاتي وهو مكون من ١٥ بنداً. ويجاب عنه علي متصل خماسي الدرجة تتراوح بين (لا توجد - إلي توجد كثيراً) ومن عباراته:

١- أجد صعوبة في الدخول في النوم.
٢- أعاني من زيادة النوم.
٣- أمشي أثناء النوم.

ويتكون من ١٠ عبارات لقياس الأرق و٣ عبارات لقياس الأحلام المزعجة وعبارتين لقياس المشي أثناء النوم وفرط النوم (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال :١٩٩٣).

مقياس أعراض اضطرابات النوم:

قام *Haouda* بإعداد استبيان حول أعراض اضطرابات النوم، ويجاب عنه بتقرير نوع الاضطراب الذي يعاني منه الشخص ، وهو مكون من ١١بنداً يمثلون ٩ أعراض لاضطرابات النوم وهي الأرق وفرط النوم واضطراب إيقاع النوم واليقظ والكوابيس والفزع الليلي والمشي أثناء النوم واحتكاك الأسنان وأرجح الرأس والكلام أناء النوم، ومما يوجه لهذا الاستبيان قلة البنود وعدم وجود معايير محلية لهذا الاستبيان (*Haouda*, 1993).

محتوى المقابلة التشخيصية:

في آنيتها وطبيعتها التحليلية والتفسيرية كل ذلك جعلها ذات أهمية في العمل الإكلينيكي وفي التشخيص الطبي النفسي لأنماط اضطرابات النوم *.(Tsuang, et al, 1980)*

ولقد ثبت صدق المقابلة التشخيصية وثباتها من خلال استخدام عدد من الأخصائيين النفسيين والأطباء النفسيين في تشخيص اضطرابات النوم لدى ٦٨ مريضاً وبعد إعادة التطبيق بعد أربعة أسابيع كانت نسبة الاتفاق في التشخيص في المرتين ١٠٠% في كل من الفزع الليلي والاضطرابات المصاحبة للنوم ، و٩٩% في تشخيص اضطراب إيقاع النوم واليقظة والكوابيس والمشي أثناء النوم، و٩٧% في تشخيص الأرق وفرط النوم والاضطرابات المخلة بالنوم، كما ثبت أيضاً صدق محتوى المقابلة بعد مقارنتها بنتائج الرسام الكهربائي للنوم EEG وقد بلغت نسبة الصدق ٩٠%، ولم يثبت صدق المقابلة في تشخيص حالة واحدة كانت تعاني من تقلص

عضـــلات الرجلين، وحالة واحدة كانت تعاني من توقف التنفس أناء النوم، وحالة واحدة كانت تعاني من الأرق المرتد [1] (*Schramm, et al*, 1993).

وبناء على كل ما سبق نجد أن ثم صعوبة في تشخيص وقياس اضطرابات النوم ولذا فقد تعددت طرق تقديرها وذلك لصعوبة تحديد معايير ومحكات يسهل من خلالها الحكم على الشخص بأنه يعاني من اضطرابات النوم أو لا، وبرغم تلك الصعوبات وذلك التنوع في الطرق التشخيصية فقد استفدنا منها تصميم مقياس أنماط اضطرابات النوم وفي إعداد معاييره المحلية للراشدين والمسنين.



---

١ - الأرق المرتد ينتج عن إساءة استعمال العقاقير المنومة حيث يتعود الجسم على العقار المنوم ثم يفقد العقار تأثيره فيعود الأرق للظهور من جديد كما كان من قبل (*Schramm, et al, 1993*) .

الفصل الثاني

أنماط اضطرابات النوم



مدخل:

بدأ اهتمام الطب النفسي بدراسة النوم واضطراباته منذ ما يزيد عن ٣٥ عاماً *(Buysse,et.al.:1994)*، أما الاهتمام المنظم من الناحية السيكولوجية فقد بدأ مع تكوين رابطة الدراسة النفسية للنوم عام ١٩٧٢ وتبعها إقامة رابطة مراكز اضطرابات النوم عام ١٩٧٥ بالولايات المتحدة الأمريكية (*Hamouda:1993*).

وفي عام ١٩٧٩ أصدرت رابطة مراكز اضطرابات النوم الدليل التصنيفي التشخيصي لاضطرابات النوم واليقظة وتتضمن عدة أنماط هي: الأرق وغشية النوم وتوقف التنفس أثناء النوم واضطرابات إيقاع النوم واليقظة والاضطرابات المصاحبة للنوم – التي تحدث خلاله – مثل المشي والكلام والفزع والكابوس واحتكاك الأسنان وأرجحة الرأس والتبول اللاإرادي (*Fisher:1994*).

وفي عام ١٩٨٠ أصدرت رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية *American Psychiatric Association* (A.P.A) الدليل التصنيفي التشخيصي الإحصائي الثالث للأمراض النفسية (DSM-III) وتتضمن اضطرابات النوم التي صنفت إلى الأرق وفرط النوم واضطرابات إيقاع النوم واليقظة والاضطرابات المصاحبة للنوم (A.P.A:1980).وفي عام ١٩٨٧أصدرت أيضاً(DSM-III-R) وتم تقسيم اضطرابات النوم إلى مجموعتين هما:

اضطرابات النوم من حيث كميته وتوقيته وكفايته (*Dyssomnias*) وشملت الأرق وفرط النوم واضطرابات إيقاع النوم واليقظة واضطرابات أخرى غير مصنفة فيما سبق.

اضطرابات مصاحبة للنوم وتحدث أثناء النوم فتعيق استمراره (*Parasomnias*) وهى الكابوس والفزع الليلي والمشي أثناء النوم واضطرابات مخلة بالنوم غير مصنفة فيما سبق واضطرابات النوم التي تعزى للأمراض النفسية والجسمية والإدمان (A.P.A.:1987).

أما في عام ١٩٩٤ أصـــدرت الدليل التشـــخيصـــي الإحصـــائي الرابع (DSM-IV)وفيه تمت إضـــافة كل من توقف التنفس وغشـــية النوم إلى الاضطرابات المخلة بالنوم (*Dyssomnias*) مع الإبقاء على بقية الأنماط كما جاءت في الدليل الصادر عام *DSM-III-R 1987(A.P.A:1994)*. وتنقسم أنماط اضـــطرابات النوم إلى الاضـــطرابات المخلة بالنوم. والاضـــطرابات المصاحبة للنوم.

أولا – الاضطرابات المخلة بالنوم:

- المظاهر الإكلينيكية للأرق *Insomnia*

لكي يتم تشخيص الأرق فلابد من وجود ما يلي:

١- الاستيقاظ والبقاء في السرير قبل الدخول في النوم لمدة تزيد عن ٣٠ دقيقة.

٢- تكون عدد ساعات النوم أقل من ٦،٥ في الليلة[١].

ويتميز الأرق بوجود ثلاثة أشكال قد توجد مجتمعة أو واحدة أو اثنين.

أ- صعوبة الدخول في النوم:

ويبدو هذا الاضطراب في صورة وجود صعوبة في الدخول في النوم. والبقاء في حالة يقظة لمدة تزيد عن نصف الساعة في السرير من التهيؤ للنوم ويرتبط هذا النوع بالحذر والقلق، وكثيراً ما نرى المرضـــى بهذا النوع يظهرون عجزهم التام عن منع عملية التفكير أو إغلاق عقولهم.

ب- صعوبة الاستمرار في النوم

ويظهر هذا النوع في شـــكل كثرة الاســـتيقاظ من النوم أثناء الليل ويكثر لدى الراشـــدين في منتصـــف العمر والمســـنين ويرتبط بالأمراض الوجدانية (الاكتئاب – الهوس) وإســـاءة اســـتعمال العقاقير الطبية وتناول الكحول (*Empson:1993*).

ج - الاستيقاظ المبكر في الصباح

ويظهر هذا النوع في شكل الاستيقاظ المبكر جدا في الصباح مع صعوبة العودة للنوم مرة ثانية (*Fisher:1994*).

---

١ - نلاحظ أن هناك تباين في مدى حاجة كل شخص لكمية ثابتة من ساعات النوم لكي يشعر بعدها بالراحة وبكفاية النوم والرضا عنه، فهناك من ينام أقل من ست ساعات يومياً ولا يشعر بالتعب، وهناك من ينام أكثر من ثماني ســاعات ويشــعر بالتعب وعدم الرضــا عن النوم. ومن هنا توجد بعض الصــعوبات في تشخيص أنماط اضطرابات النوم سواء عن طريق المقاييس النفسية أو المقابلة التشخيصية.

ويوجد للأرق درجات مختلفة من حيث الشدة ومدة بقاء المرض فالأرق البسيط يكون لمدة أسبوع عادة، والمتوسط يكون لأكثر من شهر، والمزمن هو ما يزيد عن ثلاثة شهور (*Stepanski*:1993).

أسباب الأرق :

قد يحدث الأرق نتيجة الخوف منه، فكثير من الناس يصـــيبهم الأرق لأي سـبب خارجي أو بدني في ليلة ما، ثم يزول ذلك السـبب ولا يكون هناك داعياً لحدوث الأرق، ولكن نتيجة لجهل المرء بهذا السبب فإنه يعتقد أن السبب لم يزل قائماً، ومن ثم يخشى من حدوث الأرق، فيدخل إلى السرير مبكراً لعل النوم يصــيبه، ولكنه يبقى يقظاً حتى يصـــادف الميعاد العادي للنوم، وبعض الناس يذهبون للنوم في وقت متأخر، ويقلقهم عدم كفاية نومهم في تلك الليلة، ولذا يزداد تفكيرهم في كيفية جلب النوم سريعاً، وهذا من شأنه أن يمنع مجيئه أو يعرقل حدوثه (أبو مدين الشافعي :١٩٤٤)، ويذهب هاري ستاك سوليفان إلى أن القلق يؤدي بدوره إلى إحداث صـــعوبة في الدخول في النوم، ومن ثم يحدث الأرق (*Empson*:1993). ولا يعد الأرق مرضاً في ذاته غالباً إلا إذا أصبح مزمناً ولكنه في الغالب يكون عرضـاً للقلق والاكتئاب والشعور بالإثم والصـــراع بين الرغبة والقيم الأخلاقية والخوف من العقاب وكثرة الهموم والضـــغوط (*Stepanski*:1993). وفي بعض الأحيان يكون الأرق بســـبب تنبيهات خارجية كالضـــوضـــاء والبرد والحرارة أو هموم شـــعورية حادة أو ترقب مشحون بانفعالات لاذة أو مؤلمة أو تهيج جنسي بدون إشباع أو غضب مكبوت أو الخوف من الاستمناء أو الاحتلال فضـلاً عما يتضـمنه الأرق من معنى العقاب عند بعض الأشـــخاص (دانييل لاجاش: ١٩٧٩). أو الأمراض الجسمية نتيجة الألم الذي يصاحبها والأدوية التي تعالجها أو الصداع النصفي، فكل ما يشغل الذهن (العقل) سواء أكان فرحاً أو حزناً يمنع النوم (*Harding*: 1982). ويؤدي الأرق إلى الشـعور بعدم النشـاط والخمول التالي والإرهاق البدني والاكتئاب وزيادة مشـاعر القنوط وسـرعة الاسـتثارة وتدهور الحالة المزاجية والوجدانية والمعرفية وعدم القدرة على إكمال الأعمال اليومية والوظائف وســوء العلاقات الاجتماعية وعدم القدرة على النوم المريح أثناء النهار بالرغم من وجود رغبة في النعاس (*Davison & Neale* : 1990) .

المظاهر الإكلينيكية لفرط النوم *Hypersomnia*

لكي يتم تشخيص فرط النوم لابد من وجود ما يلي :

١- زياد النعاس.
٢- وجود نوبات من النوم نهاراً ليس سببها نقص كمية النوم ليلاً .
٣- استغراق وقت طويل للانتقال من حالة النوم إلى اليقظة.

ويتميز فرط النوم بوجود شكوى من كثرة النعاس والرغبة في النوم طوال اليوم، أو زيادة الفترة التي يستغرقها الشخص للانتقال من حالة النوم إلى اليقظة التامة، ولا يكون النوم أثناء النهار نتيجة نقص كمية النوم خلال الليل، وغالباً ما يجد الشخص صعوبة في البقاء يقظاً في أغلب الأوقات ، ويستمر الاضطراب لمدة شهر على الأقل وينتج عنه إعاقة الأنشطة الاجتماعية المعتادة والعمل، ووقوع الحوادث (*Harding*: 1982).

أسباب فرط النوم :

يستخدم فرط النوم كدفاع ضد العالم الواقعي قليل الإرضاء أو ضد التوترات المؤلمة (الهروب إلى النوم) (دانييل لاجاش: ١٩٧٩) كما يرتبط بالظروف البيئية والاجتماعية والمشكلات الشخصية أو وجود خلل في الجهاز العصبي المركزي وفي بعض الحالات الشديدة نلاحظ أن الشخص ينام بعد حوالي ٥ دقائق من بدء رغبته في النوم (*Guilleminualt & Roth: 1993*).

- المظاهر الإكلينيكية لغشية النوم *Narcolepsy*[١]

يعرف غشية النوم بأنه عدم القدرة في التحكم في مواجهة النوم، وبدأت معرفة هذا الاضطراب عام ١٨٨٠نتيجة جهود جالينو، وذهب وليام هنري ١٩٣٨ لمثل هذا التعريف أيضاً إذ يقرر أنه "نوبات مفاجئة وعابرة من النوم، ولم يشخص كمرض حتى عام ١٩٥٧وعُد اضطراب يطرأ على حالة اليقظة وفيه يتعرض الشخص لهجمات من النوم الذي لا يمكن مقاومته وتحدث تلك الهجمات بصورة متكررة عدة مرات خلال اليوم الواحد، ويشعر الشخص بالانتعاش والراحة بعد الاستيقاظ من النوبة، كما تحدث تلك النوبات في أوقات مختلفة أثناء تناول الطعام أو الاستحمام أو المذاكرة أو العمل أو الاتصال الجنسي، وقد يشعر المريض بضعف مفاجئ في العضلات مما يستثير الانفعالات القوية كالغضب والدموع ويحدث شلل النوم، وفيه لا يستطيع

---

١ - اختلف الباحثون في ترجمة هذا المصطلح إلى العربية ما بين النوم الانتيابي وخدار النوم والنعاس وغشية النوم، ونرى أن غشية النوم تتفق مع قوله تعالى(ﭑ ﭒ ﭓ ﭔ ﭕ ﭖ ﭗ ﭘ ﭙ ﭚ ...) [سورة آل عمران:١٥٤] ،(ﭻ ﭼ ﭽ ﭾ ...) [سورة الأنفال:١١] ، (... ﮀ ﮁ ﮂ ﮃ) [سورة يس:٩] .

الشخص الحركة فيستسلم للنعاس، كما يحدث هذا الاضطراب عند الاستيقاظ فيشعر الشخص وكأنه مشلول لفترة قد تمتد من عدة ثوان إلى دقائق ولذا يشعر الشخص بالقلق، وقد يرى الشخص الهلاوس النومية - سمعية أو بصرية - من قبيل سماع صوت جرس التليفون أو محاولة إطفاء حريق أو الطيران في الهواء، ويكون ذلك عند الدخول في النوم أو الاستيقاظ وذلك لأن المرضى يدخلون في نومREM الذي يتزامن مع حدوث الأحلام – عادة – بعد الاستيقاظ من النوبة للدخول في نوبة أخرى، وتسمى مرحلة نوم REM في بداية النوم. وتكمن خطورة هذا الاضطراب في وقوع الحوادث خلال النوبة ويعيق ممارسة الشخص لحياته بشكل طبيعي واضطراب النوم ليلاً، ومن أسبابه الوراثة فقد ظن الباحثون أنه ينتشر في أسر معينة بالإضافة إلى وجود سوء توازن بين مرحلة نوم REMوبين اليقظة ، وقد يعد هذا الاضطراب استجابة لسوء التوافق النفسي، فالفرد يستخدمه كوسيلة للهروب من مشكلات الحياة، كما يرتبط بالهستيريا ويكثر في مرحلتي المراهقة والشباب دون عمر الثلاثين ويزداد لدى الذكور عن الإناث :*Harding*) .1982)

- المظاهر الإكلينيكية لاضطراب إيقاع النوم واليقظة

sleep – woke schedule disorder

يتميز اضطراب إيقاع النوم واليقظة بوجود تناقض بين النظام اللازم لبيئة الشخص وبين إيقاع – نمط – نومه المعتاد يومياً ويتبع ذلك وجود شكوى من الأرق أو فرط النوم، ويحدث هذا في حالة تغيير مواطن الإقامة بحيث يوجد اختلاف في التوقيت اليومي – كما يحدث أثناء السفر بالطائرة – وينقسم هذا الاضطراب إلى :

١- نمط النوم دائم التغير

وفيه يكون الاضطراب بسبب تغير وقت النوم أو مواعيد العمل – أثناء العمل في نوبات مختلفة التوقيت – ومن مضاعفاته تناول المواد المنبهة للاستمرار في العمل أو الإصابة بالضيق والتوتر الذين يؤديان لترك العمل .

٢- نمط النوم المبكر أو المتأخر

وفيه تكون بداية النوم ونهايته إما مبكرة أو متأخرة بصورة واضحة ومخالفة للنظام التقليدي للشخص كأن يذهب للنوم مبكراً جداً رغماً عنه ويستيقظ مبكراً جداً – أيضاً – أو ينام متأخراً جداً ويستيقظ بصعوبة بالغة في الصباح، ويكثر هذا النمط لدى ذوي النظام المرن في العمل أو الطلاب.

٣- نمط النوم غير المنتظم:

ويتميز بالعشوائية في بدء موعد النوم والاستيقاظ ولا توجد فيه فترة عظمى للنوم ويكثر لدى غير الملتزمين بنظام محدد كالمسنين والمرضى في الفراش ويصاحبه عادة – الشعور بالكدر والوهن ونقص الطاقة ومن أثاره عدم التركيز وكثرة الحوادث والإصابة بالمرض الجسمي (A.P.A:1994) .

- المظاهر الإكلينيكية لبَهْر التنفس أثناء النوم

Sleep Apnea Syndrome[١]

يتميز بهر التنفس أثناء النوم بحدوث نوبة من توقف التنفس أثناء النوم لمدة بضع ثوان، وفي الحالات الحادة تستمر النوبة لمدة دقيقتين وينتج عنها حدوث غفوات من النوم نهاراً وإعاقة العمل وكثرة وقوع الحوادث وانعدام النشاط والحيوية وفقدان الراحة في النوم ليلاً ، مع مصاحبة الخدر في الصباح والإتيان بسلوك شاذ عند الاستيقاظ من النوم وضعف الرغبة الجنسية وحدوث الشخير والتبول اللاإرادي وتشتت الانتباه والخلل المعرفي ونقص الإدراك وضعف الذاكرة *(Douglas:1993)*، ويحدث هذا الاضطراب أثناء فترات توقف التنفس حيث يصبح المجرى الهوائي مسدوداً مما يصعب معه القيام بعملية الشهيق وهذا الانسداد يعزى إلى نقص التوتر العضلي في الحلق وأحياناً يحدث الموت المفاجئ خلال تلك النوبة، ويكثر خلال الموجات البطيئة أثناء النوم كما يحدث في نومي *REM* و *NREM* ، ويزيد مع التقدم في العمر ويزداد لدى الذكور عن الإناث *(Bliwise, et al : 1994)*.

محكات تشخيص بهر التنفس أثناء النوم:

١- توقف حركة التنفس.
٢- ضغط الحجاب الحاجز على الصدر وإعاقته للمسار الطبيعي للهواء.
٣- توقف التنفس المختلط وفيه تغيب حركات التنفس والهواء مبكراً وفي هذه النوبة يبدو الفشل في إتمام عملية التنفس.
٤- إعاقة التنفس نتيجة لنقص كمية الهواء مع وجود معاناة في التنفس *(Empson:1993)*.

---

١ - في حوار مع العلامة أد. حسين عبد القادر (أستاذ علم النفس المرض والتحليل النفسي بالجامعات المصرية ورئيس الجمعية المصرية للتحليل النفسي) كان اقتراحه بأن نعدل من ترجمة المصطلح Apnea إلى بهر بدلاً من "توقف" التي استخدمناها إبان إعداد الأطروحة للمناقشة لدرجة الماجستير وبهر تطلق على الحالة التي يكون فيها الدم مشبعاً بالأوكسجين زيادة عن اللازم فيصعب تنبيه مركز التنفس (محمد شرف: معجم العلوم الطبية. مكتبة النهضة. بيروت. ب ت). وفي المعجم الوسيط "بهر" يقال بهره الأمر، والإناء ملأه، ويقال بهر القمر النجوم، بهرها بضوئه.

ويظن العلماء بأن للوراثة دور في الإصابة بهذا الاضطراب بالإضافة إلى ارتباطه بالسمنة المفرطة، أو نقص في وصول الأوكسجين إلى المخ مما يؤدي إلى تغيير في الشخصية أو الذبحة الصدرية، وزيادة الرغبة في النوم والإحساس بالتعب خلال النهار (*Crisp&Shapiro:1993*).

ثانياً: الاضطرابات المصاحبة للنوم*Parasomnias*

وهي مجموعة من الظواهر الفسيولوجية التي تحدث غالباً أثناء النوم وتعيق استمراره وتكون في مراحل النوم المختلفة أثناء الليل وبعضها يعزى إلى الضغوط التي يعانيها الشخص، أو للتفاعل بين الحالة البيولوجية والعوامل النفسية، وهي أكثر ارتباطاً بنوم الموجات البطيئةREM أو في أي مرحلة من مراحل النوم *(Driver&Shapiro:1993).* وتضم هذه المجموعة الاضطرابات التالية:

المظاهر الإكلينيكية لاضطراب المنشئ أثناء النوم *Sleep Walking*

يعد هذا الاضطراب حالة من الانشقاق الذي يبدو فيها النشاط الفكري غير واع، ويحاول الشخص خلالها إخراج الدفعات اللاشعورية المستهجنة اجتماعياً إلى حيز الفعل، ويتميز بوجود نوبات من سلوكيات متتابعة تصل إلى ترك الفراش، ويكون ذلك غالباً في الثلث الأول من النوم وبعد مرور ساعتين من الدخول في النوم وارتداء الملابس وفتح الباب والحديث بكلمات قليلة أو دخول الحمام ومغادرة المنزل أو الكتابة، وذلك بدون وعي الشخص أو تذكره لذلك إذا استيقظ وأحياناً تنتهي النوبة قبل المشي، وقد تظل عينا الشخص مفتوحتين ونادراً ما يحدث عدم الاهتداء للبيئة من حوله عند الاستيقاظ وقد يعود لموضع نومه أو ينام في مكان آخر، ويحدث هذا الاضطراب خلال نوم الموجات البطيئة – النوم العميق – الذي يصعب إيقاظ الشخص خلاله، فالمتجول النائم – بهذا المعنى – يتصرف كأنما هو في حالة اليقظة، فهو يكتب ويمشي ... أي أنه يعيش فعلاً - من التفعيل- حلمه الداخلي (*Karle & Binder: 1994*).

وإن كانت أسباب هذا الاضطراب غير معروفة علي وجه اليقين غير أنه يشيع في ظل الاستعداد الوراثي أو تناول الكحول أو الحرمان من النوم وقد يصاحبه اضطراب بهر التنفس أثناء النوم، أو قد يكون استجابة للضغوط النفسية والقلق والتوتر واضطراب الشخصية شبة الفصامية، كما أنه قد يصاحب الصرع – أحياناً ولكن نوبة الصرع النفسي حركي لا تحدث أثناء النوم – دائماً – لأنها كثيراً ما تحدث في أي وقت، ولعله – أي المشي أثناء

النوم – في كثير من الحالات يعد محاولة لحل بعض المواقف الصراعية بصورة رمزية كتلك المواقف التي ترتبط دوماً بتخيلات جنسية وبالعادة السرية، أو يعد محاولة لإخراج محتويات الأحلام إلى حيز الفعل (والتركوفيل وآخرون: ب ت).

المظاهر الإكلينيكية لاضطراب الفزع الليلي *Sleep Terror*

يتميز الفزع الليلي بوجود نوبات من الاستيقاظ المفاجئ من النوم في حالة صراخ وهلع وتصبب العرق، ويحدث ذلك في الثلث الأول من النوم خلال فترة النوم العظمى وفترة نوم *NREM(Harding:1982)*.

ويكون بعد أربع ساعات من بدء الدخول في النوم، وتستغرق حالة الفزع الليلي فترة تتراوح بين عشرة إلى عشرين دقيقة، وهذا النمط يكثر لدى الأطفال فيما بين عمر الثانية إلى السادسة. حيث يجلس الشخص على الفراش مفزوعاً وعليه علامات الخوف بادي عليه في صور اتساع للعين وتصبب العرق، وقوف الشعر وسرعة التنفس وزيادة ضربات القلب ، ولا يستجيب لمحاولات التهدئة التي يقوم بها الآخرون (*Hartman*:1993) .

وغالباً ما يتم نسيان تلك الحالة في الصباح، ولكنها قد تتكرر عدة مرات في ليال متوالية أو على فترات متباعدة ويتم خلالها فقدان التوجه نحو المكان والزمان وتقل قدرته على التذكر، ومن أسبابه ازدواج الشخصية والحرمان من النوم، وتناول الأدوية والإصابة باضطراب الشخصية التجنبية. *(Mahowald:1993)*.

المظاهر الإكلينيكية للكوابيس الليلية *Night Mare*

تتميز الكوابيس الليلية باستيقاظ متكرر من النوم مع استدعاء تفاصيل حلم مخيف، وتتضمن الكوابيس تهديداً لحياة الشخص أو لشعوره بالأمان أو لتقديره لذاته نتيجة خبرة معايشة الحلم المخيف، واضطراب النوم الناشئ عنه، وتحدث الكوابيس في أي وقت أثناء الليل ولكنها تكثر قرب نهاية النوم، ويستطيع الشخص إعطاء وتذكر تفاصيل الحلم ويجد صعوبة في العودة للنوم خشية تكرر الحلم، ويحدث في فترة نوم REM. ويتضمن الحلم المخيف لدى الأطفال – غالباً – مشاهدة حيوان يحاول الاعتداء عليهم أو قتلهم، ويكثر في الكبار أن يوجد شخص يهدد النائم أو عصابة تريد إلحاق الضرر به، وتقل الكوابيس مع تقدم العمر ويتزايد مع وجود القلق والضغوط والاكتئاب كنوع من عقاب الذات ، ويكثر ارتباطه بالضغوط التابعة للصدمة واضطرابات

الشخصية شبة الفصامية أو الحدية أو مشاهدة أفلام العنف قبل النوم مباشرة (*Hartman:1993*).

اضطراب النوم المرتبط بالصداع

Sleep Disorder Related Headache

ويحدث هذا النوع من الاضطرابات بسبب الصداع ويكون ذلك في فترة نوم حيث يستيقظ الشخص من نومه وهو يعاني من الصداع، مع وجود صعوبة في العودة للنوم مرة ثانية *(Driver & Shapiro:1993)* .

اضطراب النوم المرتبط بأزمة الربو

Sleep Disorder Related Athma

يحدث هذا الاضطراب بسبب السعال المصاحب لأزمات الربو المؤدية إلى الاستيقاظ من النوم مع وجود صعوبة في العودة للنوم مرة ثانية (A.PA:1994).

احتكاك الأسنان أثناء النوم *Bruxism*

إن المعلومات الحالية عن اضطرابات احتكاك الأسنان أثناء النوم ليست كافية بالقدر الذي يكشف عن أسبابه ، ولكن تأكدت علاقة هذا الاضطراب بالقلق والضغوط التي يتعرض لها الشخص ، وهذا الاضطراب يشبه عملية طحن الطعام ويحدث خلال المرحلة الثانية من نوم REM . وأحياناً يؤدى إلى تلف الأسنان ولا يشعر الشخص بها ولكنه غالباً ما يشكو من الألم في أسنانه بعد الاستيقاظ وكثيراً ما يستشير طبيب الأسنان في ذلك، ومن أعراضه المصاحبة الحركة الدورية للرجلين أو الذراعيين، ويكثر ارتباطه باضطراب بهر التنفس أثناء النوم والنشاط المفرط للجهاز العصبي المستقل (*Bader,et* al:1997)ولعله ضرب من الحل الوسط بين الرغبات العدوانية المكبوتة والتي لا يملك الشخص التعبير عنها صراحة في حالة اليقظة. والإحساس بالألم عند الاستيقاظ نتيجة احتكاك الأسنان خلال النوم كعقاب على تفعيل هذه الرغبات والخلاص من مشاعر الإثم، ونجد ظلاً لذلك فيما ذهب إليه جاك لا كان من أن لألعاب الأطفال التي تتضمن قطع الرأس وشق البطن على أنها دليل على عدوانية تقوم على علاقة محددة مع الصورة الخاصة بجسد الفرد نفسه أو بجسد الآخر، وهذا التمزيق ينتمي إلى بنيان هو تخيل الجسد الممزق (*Boothby*: 1991).

أرجحة الرأس أثناء النوم *Head Banging*

ويتميز هذا الاضـــطراب بتحرك الرأس أو الجســـم بشـــكل إيقاعي يميناً وشمالاً أثناء النوم أو قبل الدخول في النوم مباشرة، ويحدث في المرحلة الأولي والثانية من النوم ويكثر لدي الأطفال وأحياناً لدي الراشدين.
.(Driver &Shapiro:1993)

تقلص العضلات *Myoclonus*

وهذا الاضـطراب عبارة عن حركات دورية لا إرادية للسـيقان وأحياناً للأذرع فقد ترفس السـيقان مرة كل ٢٠ – ٣٠ ثانية لعدد من الدقائق أو حتى لساعات وقد أطلق عليها – لذلك – لزمة الرجل غير المستريحة ويحدث هذا التقلص في فترة نوم NREM ، وهو شائع لدي الكبار عن الصغار ونادراً ما يحدث قبل عمر الثلاثين وقد ينتج عنه حدوث الأرق (A.P.A:1994).

الشخير *Snoring*

ويعرف بأنه صـــدور صـــوت من الأنف أثناء النوم ويكون في حالة انخفاض التوتر العضلي أثناء النوم بحيث يجعل الفك الأسفل واللسان ينزلقان إلي الوراء فإذا ما استلقي الشخص على ظهره يعاق مرور الهواء من تجويف الأنف وتكون النتيجة أن يتنفس الشخص من الفم ، وهذا الدخول السريع للهواء يؤدى إلى تذبذب المجرى الهوائي العلوي (سقف الحلق الرخو) وتصبح هذه التذبذبات مسموعة في صورة شخير، وهو مرتبط بالسمنة وأمراض الأنف وقد يكون عرضاً لاضطراب بهر التنفس أثناء النوم. وغالباً لا يكون الشخص مدركاً أو واعياً لعملية الشـخير أو سـماعه فقد طُلِبَ من عينة مقدارها ٦١٣ مريضاً من الراشدين والمسنين الذين يشكون من الشخير وبهر التنفس أثناء النوم – تم تقسيمهم حسب شدة اضطراب الشخير إلى خفيف ومتوسط وشديد – الحكم على شدة الشخير الذي يشكون منه واتضح من النتائج أن المرضي غير مدركين ولا واعين بالشخير أثناء النوم. وقد يستمر الشخير طوال فترة النوم غير أنه ألزم لفترة نوم NREM كما أن حدوثه على فترات متباعدة يعد من الأمور الطبيعية وعلامة على الاسترخاء العضلي للجسم *(Hoffstein, . et al,: 1994)*

علاقة

اضطرابات النوم بالأمراض النفسية

تعد اضطرابات النوم إحدى العلامات التشخيصي في حالات المرض النفسي حيث يصبح ظهورها مقترناً ببداية المرض وتطوره وفيما يلي نعرض للصورة الإكلينيكية لاضطرابات النوم في كل من مرض الفصام والاكتئاب والقلق والهوس.

الفصام :

يُعرف الفصام *Schizophrenia* بأنه مجموعة من الأعراض الذهنية تسلك أحياناً مصيراً مزمناً وأحياناً أخرى نوبات متكررة، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أي مرحلة، ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق الذي كان عليه من قبل، ويتميز بوجود تدهور في الشخصية والسلوك ووجود أعراض اضطراب التفكير والوجدان والإدراك والإرادة. فتظهر عمليات التفكير الخلطى والإدراكات المشوهة والاغتراب الاجتماعي والعلاقات العائلية السيئة، وصعوبة التركيز، ونقص في الاهتمامات العميقة، وتشكك في قيمة الذات، وضعف الهوية الذاتية، ووجود مشكلات جنسية (أحمد عكاشة، ٢٠٠٩).

والفصام يصنف إلي عدة أنواع هي التخشبي وغير المنتظم والبارانويدي وغير المتميز والمتبقي، والنوع البارانويدي هو ما يسمى بجنون الاضطهاد والعظمة وهو أكثر صور الإختلالات الفصامية شيوعاً وانتشاراً. وهؤلاء المرضى يميلون إلي أن يكونوا أكثر ذكاءً عن سائر الفصاميين، ولكنهم مع ذلك لا يستطيعون أن يستغلوا ذكاءهم كل الاستغلال بسبب الانهيار العقلي، وأظهر ما يميز الفصام البارانويدي غلبة *الهذاءات* *Delusions* وهي في أكثر الأحيان من النوع القائم علي الشعور بالاضطهاد من الآخرين بحيث يؤمن بأن رجال المخابرات ، أو رجال العصابات ، أو أعضاء جماعة سرية ، أو الجيوش تسعى لقتله، أو ما إلي ذلك. والمريض قد يشكو من أن الطعام الذي يقدم له توضع به كميات متزايدة أو متدرجة من السم ، أو أن هناك من يتعقبه ، أو يتحدث عنه ، أو يسيطر عليه بأجهزة علمية غريبة. وتظهر لدى مريض الفصام البارانويدي ضلال العظمة على أنه و ضلال الاضطهاد يعملان جنباً إلي جنب ويكملان بعضها بعضاً ويتسقان في الوقت نفسه مع تاريخ الشخص. ذلك أن تعرض المرء للاضطهاد يتضمن أن للمرء مكانة خاصة تجعل منه

محوراً للمؤامرة والالتفاف حوله مثلاً : فالكل يتكتل ضـــدك لأنك تملك ســـر عمليـة ثوريـة، أو أن هناك من يحاول أن يســـيطر علي أفكارك لأن لك قوى خفية عظمى، وبهذا فإن المسـافة قريبة بين المريض وبين أن يبدأ في الاعتقاد بأنه شخصية مهمة، كما أن الضلالة قد تنشأ وتتطور بصورة عكسية ابتداءًا بالعظمة ثم انتهاء إلي الشعور بالاضطهاد. وهنا يصدق المثل القائل (السلطان عبء ثقيل يشـقي صـاحبه) ذلك أن المريض يؤمن بأنه شـخصـية عظيمة ثم يشعر أن الناس تسيء فهمه ولا تريد الاعتراف به، مع وجود نقص في تقديره ولذلك ســرعان ما ينشــأ لديه الاســتبصـــار بأن مؤامرة تحاك ضـــده لتنحيته والإطاحة به، والهلاوس شائعة – أيضاً- في الفصام البارانويدي ، وكثيراً ما تتخذ صـورة هلاوس سـمعية أو بصـرية واضـحة. فالأصـوات تتحدث إليه أو تـأمره، أو تلعنـه. ويصـــبح مدمراً أو قاتلاً اســـتجابة لما لديه من هلاوس أو ضـلالات. وعلي الرغم من اتجاهه المتشكك والعدائي في أكثر الأحيان إلا أنه يظل علي اتصال ببيئته (ريتشارد سوين، ١٩٨٨).

وعليه ،،، فالبارانويا عبارة عن ذهان يتصـف بوجود منظومة ضـلالية تشـكل الاضـطراب الأسـاسـي في الشـخصـية، وقد يصـاحبها هلاوس وأخيلة متنوعـة، إنـه اضــــطراب عقلي يتميز بوجود اعتقادات قويـة غير مقبولـة من الواقع وليس لها ما يبررها، كما يتصـف المرضـى بهذا الاضـطراب بوجود هذاءات تتعلق بـالتـآمر عليهم أو التجســـس على أفكـارهم وأفعـالهم، وتـدور اعتقادات المريض حول العظمة والاضـطهاد والغيرة، في حين يبدو تماسـك الجـانـب الوجداني لديهم وتبقى تقديراتهم وتعاملاتهم مع الواقع معقولـة إلى حد ما باستثناء المنظومة الضلالية (عمر شاهين ويحيى الرخاوي، ١٩٧٧).

وتتميز صورة النوم في الحالات الذهنية الحادة بنقص عدد ساعات النوم وبخاصة نوم REM ومراحل النوم العميق ٣ و٤ ، وتعد بداية ظهور الأحلام المفزعة والكوابيس مؤشـراً لقرب ظهور الحالة الذهنية *(Ez-Eldin:1987)*. كمـا تحـل الهلاوس محـل الأحلام أثنـاء النوم وتؤدي وظيفتهـا وتقـل كميـة نوم REM لأن المريض يفرغ أحلامـه في الهلاوس وتقـل كميـة نوم NREM أيضاً، كما تقل مرحلة كمون نوم REM ، ويزداد الإحساس بالرغبة في النوم والشعور بالإرهاق البدني *(Crisp&Shapiro:1993)*.

الاكتئاب :

تتعـد تعريفـات الاكتئـاب *Depression* في المراجع المختلفـة تبعـاً للاتجـاه النظري الـذي يتبنـاه هـذا الكـاتـب أو ذاك، فهو لـدى إنجلش وإنجلش *(English & English)* "حالة من عدم القابلية للتأثير بمثير أو بأنواع بعينها من المثيرات، مع مبادأة (ذات عتبة) منخفضـــة، وأفكار تشـــاؤمية، وقد يكون عرضـاً في عديد من الأمراض العقلية. وهو لدى فيشر (*Fisher*) في "معجم الصحة العقلية" أحد أمرين:

١. شعور بالميلانكوليا.
٢. مرض ذو عرض جبلي يتمثل في ميلانكوليا قيصـوية غالباً ما يصـــاحبها الحصر وإنحلال الذات واضطراباتها تجاه الشهية والنشاط الجنسي والنوم والعمل. وكلا التعريفين يفترضـــان أن الاكتئاب إنما هو حالة وجدانية في متصل من السوية إلى اللاسوية. ويرى أوتوفينيكل أن ديناميات الاكتئاب إنمـا تقوم على حـاجـات زائـدة من الفميـة والنرجســـيـة والثنـائيـة، وأن الميكـانيزم الـدفـاعي الأســـاســـي لـدى المكتئـب إنمـا هو اســـتـدمـاج *Introjection* ومـا يصـــاحبـه من ســـاديـة موجهـة نحو الـذات وفقدان لتقديرها، وها هو مصطفي زيور يعرفه "بأنه حالة من الألم النفسي يصل في الميلانخوليا إلى ضـرب من جحيم العذاب مصـحوباً بالإحساس بالذنب الشـــعوري، وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقصـــان النشـــاط العقلي والحركي والحشـــوي". كما يفرق بين الاكتئابي والمكتئب فالأولى "للدلالة على الشـخص ذي الاسـتعداد الاكتئابي، وكلمة المكتئب للمريض الذي يعاني فعلاً من أزمة اكتئابية " . وفي ضوء هذه التعريفات والمفاهيم وغيرها مما تعج به المراجع نميل إلى القول بأن الاكتئاب "حالة مرضـية تمثل نكوصـــاً إلى مراحل مبكرة من مراحل النمو وتتســـم بحل طفلي في مواجهة الاحباطات حيث تبرز بوضـوح درجة قصـيوية من الميلانكوليا التي تختلف درجتها تبعاً لـدرجـة النكوص ومراكز التثبيت وهى تتســـم بانســـحاب المريض من الواقع وفقدان للقدرة على الحب ، مع إحســـاس بفقدان تقدير الذات مصـحوبة بمشـاعر الذنب والتأنيبات والإهانات الذاتية ويتم فيها اختيار الموضـوع على أسـاس نرجسـي حيث يمثل الاسـتدماج الميكانيزم الدفاعي الأساسي في الاكتئاب (حسين عبد القادر وحسين سعد الدين: ١٩٩٢).

وتعد اضـــطرابات النوم أكثر الأعراض شـــيوعاً في مرض الاكتئاب فيعاني المريض من الأرق الشـــديد الذي يحيل حياته ألماً دائماً ويختلف نوع الأرق حسـب شـدة المرض فمن الصـعوبة في بدء النوم والتقلب في الفراش حتى الفجر إلى القلق والأرق طوال الليـل مع وجود الأحلام المفزعـة والكوابيس وأحياناً ينام المريض ويصحو في الصباح مرهقاً متعباً وكأنه لم ينم ويستيقظ في الفجر أو قبله بعد فترة نوم قليلة مع صعوبة في العودة للنوم مرة ثانية وهذه الفترة يعيشـــها المريض كئيباً حزيناً حيث يعيش في يقظة وأرق بينما الآخرون نيام (*Hartman*:1993) . وتقل بوجه عام كمية النوم لدى مريض الاكتئاب وتنقص فترة كمون مرحلة بداية نوم REM وزيادة الموجات البطيئة في المرحلة الثانية من النوم وتقل مرحلتي النوم العميق ٣ و ٤ وينقص نشـاط موجات دلتا وتقل مرحلة نوم REM أيضـــاً (*Stan,etal*.: 1992) . ويلاحظ أيضـــاً نقص الفترة الزمنية اللازمة للوصـــول إلى الفترة الأولى من النوم المعروف بـ REM (آن تايلور وآخرون : ١٩٩٦).

القلق :

القلق *Anxiety* والخوف من الانفعالات الســلبية التي يضـــطرب لها الإنسان كله جسماً ونفساً ويمكن وصفهما بأن كل واحد منهما حالة وجدانية يصاحبها اضطراب فسيولوجي ونفسي غير أن القلق يختلف عن الخوف في أمرين: أولهما أن القلق خوف من خطر محتمل كـالخوف من المجهول أو الغريب أو الخفي أو غير المتوقع، وثـانيهمـا أن القلق خوف يمكن اعتبـاره معتقلاً لا يســتطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي كـالهرب أو الاختفـاء أو الهجوم، فهو انفعال مؤلم نشعر به حين لا نستطيع أن نفعل شيئاً حيال موقف يتهددنا بالخطر ، وعليه فالقلق أشد وطأة وإزعاجاً من الخوف ذلك لأنه خوف من خطر لا نسـتطيع أن نفعل شـيئاً حياله (محمد عبد الحميد:١٩٩٥). وتذكر فيولا الببلاوي أن معظم النظريات النفسـية التحليلية المفسـرة للقلق تكاد تتفق على أنه عبارة عن رد فعل الإنســان إزاء التهديد ولكن هذه النظريات تختلف في طبيعة هذا التهديد فيرجع فرويد القلق إلى التهديد بالخصـــاء أو بصـــدمة الميلاد ويعزوه أدلر إلى الإحســـاس بنقص حقيقي أو متخيل يبدد إرادة القوة لدى الفرد ويرجعه يونج إلى الاصـــطدام بما هو غير معقول كما يرجعه سوليفان إلى عدم الاستحسان من الآخرين، ويرجعه جولدشتين إلى مواجهة عمـل أو مهمـة لا تكون معهـا إمكـانيـات الفرد كـافيـة أو ملائمـة (صلاح الدين عبود ومها عبود: ٢٠٠٧).وتعتبره كارين هورني قلق أساسي يشـــير إلى الشـــعور بالوحدة والعجز – فقدان العون– إزاء عالم معادٍ وهو تركيب أشمل من القلق الموضوعي (كمال دسوقي: ١٩٨٨). ويشير حسين

عبد القادر أن القلق حالة من الخوف والتوتر تصيب الفرد ، ولقد مر المصطلح بمرحلتين في التحليل النفسي تعبر عنهما المحاضرة الخامسة والعشرون في كتاب محاضـرات تمهيدية في التحليل النفسـي (١٩١٧) والمحاضـرة الثانية والثلاثون في كتاب محاضـرات تمهيدية جديدة في التحليل النفسـي (١٩٣٢) كانت أولاهما في النظرية الأولى للغرائز فقد رأي فرويد أن الليبيدو غير المشبعة تتحول لحصر ومن ثم فان الكبت سابق على الحصر وهو ما عدل عنه في نظريته الثانية والتي جاءت في كتابه الكفوف والأعراض والحصر (١٩٢٦) وفيها افترض فرويد أنا الأنا هو المستودع الوحيد للحصر وهو وحده الذي يستطيع أن ينتج الحصر ويشعر به، وأكثر من ذلك وفي ظل تقسيمه للشخصية فلقد وجد أن أنواعاً ثلاثة للحصر يمكن أن ترد بسهولة لعلاقات الأنا بالعالم الخارجي والهو والأنا الأعلى وهي : الحصر الواقعي *Realistic* - لا تعني واقعي هنا الحصر نفسه بل الواقع الذي يشكل الدافع إليه، والحصر العصابي *Neurotic* والذي ينتج تحت وطأة الدفعات الغرزية من جانب الهو ، والحصر الأخلاقي *Moral* وهو حصر نتيجة خطر داخلي من جانب الأنا الأعلى، ولقد كان من شأن هذا الموقف الجديد على حد تعبير فرويد أن أبرز وظيفة الحصر كعلامة تشير إلى وجود خطر أو بتعبير أدق كإشارة إنذار ولم يعد الحصر نتيجة الكبت كما كان في ظل النظرية الأولى بل إن الحصر هو الذي يثير الكبت، ذلك أن الأنا عندما يحس بأن إشباع مطلب غريزي سيثير أحد مواقف الخطر الطفلية التي يتذكرها جيداً، وهو خطر يتصل بالعجز وقلة الحيلة يناظر المرحلة الأولى من العمر، وخطر فقدان الموضوع والحب وهو يناظر المرحلة الاعتمادية في السنوات الأولى من الطفولة، ثم خطر الخصاء الذي يناظر الطور القضيبي وأخيراً خطر الأنا الأعلى المناظر لمرحلة الكمون، ويرى فرويد في كل الأحوال أن للحصر مصدراً مزدوجاً فهو إما أن يكون نتيجة لعامل صدمي أو أنه علامة على أن عاملاً صدمياً من هذا النوع يوشك أن يقع مرة أخرى (حسين عبد القادر وآخرون: ٢٠٠٥). ويؤكد عبد السلام عبد الغفار أن النظريات السلوكية ترى أن القلق يعد استجابة خوف يتم استثارتها عن طريق مثيرات ليس من شأنها أن تثير أو تدعو للقلق، بيد أنها اكتسبت تلك القدرة على إحداث هذه الاستجابة نتيجة لعملية تعلم سابقة وبهذا فإن استجابة القلق تكون اشتراطيه تخضع لقوانين التعلم ، في الوقت الذي تذهب النظريات الوجودية إلى أن القلق هو الخوف من المستقبل، وما قد يحمله من أحداث قد تهدد حياة الإنسان ووجوده (عبد السلام عبد الغفار:١٩٩٠). والقلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى الأطفال لأنها تؤثر على حوالي ١٠ % من الأطفال والمراهقين وقد

تتزايد هذه النسبة حين يرتبط القلق باضطرابات النوم تلك التي تصل إلي ما بين ١٥ – ٣٥ % لدى الأطفال والمراهقين المقيمين مع أسرهم أو المودعين بالمؤسسات التي تقوم على رعايتهم وفي كل مستوياته إنما هو حالة انفعالية مؤلمة، وغير سارة تجاه مثيرات الخطر أو التهديد، يخبرها الشخص في نزعته إلى اللذة، وهو ظاهرة شائعة لدى الأطفال والمراهقين (بشير الرشيدي وآخرون: ٢٠٠٠). وللقلق عدة مظاهر:

أولا : المظاهر الفسيولوجية وتتمثل في آلام المعدة واحمرار الوجه والإحساس بالصداع وسرعة ضربات القلب وزيادة إفراز العرق وصعوبة التنفس والإحساس بالتعب والإرهاق.

وثانياً: المظاهر الانفعالية كالأحلام المزعجة وسرعة الغضب والعصبية والضيق والتبرم والحساسية الانفعالية والمخاوف المرضية.

وثالثاً: المظاهر العقلية وتظهر في تأثير القلق على الأداء العقلي كصعوبة التركيز واضطراب التفكير. ورابعاً: المظاهر الاجتماعية كالإحساس بالوحدة والعزلة واضطراب العلاقات الاجتماعية (صلاح الدين عبود ومها عبود :٢٠٠٧).

يتميز النوم في مرض القلق بوجود الأرق في بداية النوم أو أثناء النوم (*Stein, et al, 1995*)، وزيادة فترة اليقظة بوجه عام والفزع الليلي والكوابيس ونقص مرحلتي النوم ٣ و٤ *(Arriaga, et al, 1996)*، وارتباط بهر التنفس أثناء النوم بالقلق (*Brown, et al, 1994*) .

النوم واضطراباته في مرحلة الشيخوخة

تتميز بنية النوم لدي المسنين كما يسجلها جهاز رسم المخ EEG بنقص في حجم الموجات البطيئة والاضطراب في مغزليات النوم خلال المرحلة الثانية للنوم وانخفاض عدد حركات العين خلال فترة النوم REM ونقص كمية النوم الحقيقية نتيجة لزيادة فترة اليقظة داخل السرير واليقظة بصفة عامة ونقص فترة REM وفترة كمونها، وزيادة مرحلة النوم الأولي من مراحل النوم، وكثرة غفوات النوم نهاراً لدي الذكور عن الإناث (*Swift & Shapiro :1993*)، وزيادة مرات الاستيقاظ أثناء الليل وسرعة الدخول في النوم خاصة في الأعمار بعد سن ٧٠عاماً ونقص نسبة النوم العميق في المرحلتين ٣، ٤ ، ولذا فهم يكثرون من تناول العقاقير المنومة لمواجهة مشكلات النوم (*Fisher*:1994). ولقد ثبت أن عينة من المسنين الذين يشكون من الأرق قد سجلت أوقاتاً أطول في فترة اليقظة قبل الدخول في النوم،

وصـعوبة العودة إليه في حالة الاسـتيقاظ أثناء الليل والشـكوى من عدم كفاية فترة الراحة التي يشعرون بها، وذلك عند مقارنتهم بمجموعة من الأسوياء عن طريق تحليل سـجلات النوم لفترة ١٥يوماً (*Pollack ,et.al:1992*). وعن أثر العقاقير المنومة علي حياة المسـنين تأكد موت ٦٩٠من عينة مقدارها ١٠٤٢من المسـنين خلال ٥سـنوات متأثرين بتناول العقاقير، وتميز الباقون بنقص نسـبي في القدرة علي التحكم في التعامل اليدوي مع الأشـياء المادية واعتلال الصـحة العامة ونقص سـاعات النوم وصـعوبة المحافظة علي استمراره (*Rumble& Margin :1992*).

وتعد اضطرابات النوم من أكثر الأمراض النفسية انتشاراً لدي المسنين لارتباطها بتقدم العمر والمتغيرات الفسـيولوجية والسـيكولوجية المصـاحبة لمرحلة الشـيخوخة ولعل أكثرها انتشـاراً هو الأرق. وغالباً ما يوجد حوالي ٢٥ % من المسنين فيما بين ٦٥ - ٧٩ عاماً يعانون منه (*Vitiello*:1996). ففي بريطانيا وأمريكا في الفترة من عام ١٩٦٠- ١٩٧٠وجد ارتباط بين التقدم في العمر والمشـكلات المرتبطة بالنوم، وحققت نسـبة الانتشـار زيادة لدي النساء عن الرجال، وكانت أظهر هذه المشكلات الشكوى من سطحية النوم وكثرة الاستيقاظ ليلاً وعدم كفاية كمية النوم. كما يوجد اضطراب إيقاع النوم واليقظة والهذيان خلال الليل والمشـي أثناء النوم وبهر التنفس أثناء النوم وكثرة غفوات النوم نهاراً (*Mishima ,et al:1994*).

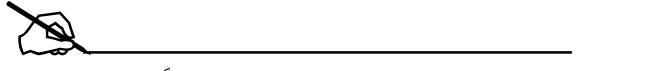
وقد يؤدي بهر التنفس أثناء النوم إلي الوفاة لدي كبار السـن من ذوي السـمنة المفرطة وهو كثير الحدوث لدي المسـنين بعد عمر ٦٠ عاماً حيث لاحظت البحوث عبر الحضـارية زيادة انتشاره لدي المقيمين بمفردهم بنسبة ٢٤ % ولدي المرضي بالمستشفيات بنسبة ٣٣ % والمقيمين تحت الرعاية الصحية بمنازلهم بنسبة ٤٢ %(*Bliwise,et al:1992*).

كما وجد أن ٦٠ % من المسنين فوق ٦٥ عاماً كثيراً ما ينامون بالنهار ويستيقظون بالليل، ويشكون من زيادة عدم الرضا عن جودة نومهم ، ومن الأرق وكثيراً ما يتناولون تناول العقاقير المنومة لمواجهة مشـكلات النوم، ولوحظ ارتباط اضطرابات النوم بالإدمان مما أدي إلي وقوع الحوادث ونقص الانتباه وضعف التركيز وزيادة الميول الاكتئابية (*Shaji,et al:1996*)، كما وجد ارتباط موجب بين أنماط اضـطرابات النوم وعته الشـيخوخة (*Whalley,et al:1995*).



الفصل الثالث

سيكولوجية الشيخوخة



مدخل :

كل ما يولد وينمو – إذا لم يمت –يصـل يوماً إلي مرحلة الشـيخوخة فالكون بمجراته وكواكبه ونجومه يصل إليها، وتموت النجوم بعد حياة طويلة، والنبات والحيوان كذلك (عبد المحسن صالح: ١٩٧٥)، والإنسان ليس بخارج عن هذا القانون الكوني إذ يتحقق فيه ميلاداً ونمواً وشيخوخة وموتاً. فتحكي لنا الأسـطورة اليونانية عن حب ابن ملك طروادة لربة الفجر الإغريقية ورفعها إياه من الأرض إلي السماء ، وقد أنجبت منه أطفالاً وقضـي شبابه معها وقد ابتهلت ربة الفجر إلي كبير الآلة أن يمنح زوجها الخلود واستمرار الحياة، وقد نسيت أن يشفع طول العمر بدوام الصحة والشباب فأخذت علامات الهرم تدب فيه وأقعده المرض وحبس في حجرته لا يسمع إلا صوته راجياً الموت، وقد صـارت حياته عبئاً عليه ذاته فما بال الآخرين (أحمد العدواني :١٩٧٥). وأياً كانت تفسيرات الأسطورة فالمغزى منها أن طول العمر وحده لا رغبة فيه ما لم يكن مصحوبا بالصحة والعافية ، وأن الشيخوخة مزدراة وغير مرغوبة، لما بها من الوهن الجسـمي وضـعف النشـاط ونقص العلاقات الاجتماعية وانخفاض القدرة الجنسية[١](حسن عبد العال: ١٩٩٣). وذلك علي النقيض من مرحلة الشـباب والرشـد حيث النضـج ومواجهة المشـكلات بإرادة وحيوية وكفاءة ، ومن ثم فدراسة مرحلة الشيخوخة نحسبها محاولة لفهم ذواتنا ومعرفة إمكاناتنا الكامنة للإفادة منها لأننا يوماً – إن لم نمت - سنصل إليها ومن هنا فالمجتمعات تسير نحوها يوماً بعد يوم (فؤاد البهي السيد: ١٩٧٥).

١ - توجد مشـابة بين الجنس في الشـيخوخة والطفولة إذ يتجه فيهما إلي المعني العام له من حيث كونه ميلاً واهتماماً بالجمال والشـعور باللذة. بيد إن بعض المسـنين يتمتعون بقدرة علي التناسـل لما لديهم من قوة بدنية. وبهذا يسـتمر الجنس بمعناه العام أو التناسـلي فيي مرحلة الشـيخوخة (يوسـف ميخائيل أسعد: ١٩٨٢).

تعريف الشيخوخة[1]

الشيخوخة تغير طبيعي في حياة الإنسان أي أنها تطور فسيولوجي شأنها كمرحلة الرضاعة والطفولة والبلوغ والسن الوسط ثم الكهولة، وهذه سنة الله في خلقه وقد يفسر هذا التغير الفسيولوجي بأنه نتيجة التحول الذي يطرأ علي أنسجة كبير السن وخلاياه وهناك رأي أخر بأن الشيخوخة هي نتيجة لتراكم ظواهر كثيرة منها ما هو مرضي - مثل تصلب الشرايين والأمراض المزمنة - ومنها ما هو بسبب نقص التغذية والتقلبات الجوية والحالة النفسية والعصبية والحالة المناعية ومنها ما هو بسبب المؤثرات الداخلية والخارجية والإسراف في تعاطي العقاقير والعدوى ... إلي آخره مما يؤدي إلي الاضمحلال والشيخوخة، ذلك إذا أتت مبكرة عن ميعادها الافتراضي. هذا ويلعب الاستعداد الشخصي والعائلي دوراً في بلوغ الإنسان مرحلة الشيخوخة قبل الأوان وهو الذي يصدق عليه القول بالشيخوخة المبكرة والفصل بين هذه الأنواع قد لا يكون بالسهولة أو الإمكان ولهذا تعتبر الشيخوخة خلاصة تلك المسببات جميعاً. ولقد اختلفت الآراء كذلك في الوقت الذي تبدأ فيه الشيخوخة، وأوضحت دراسات عديدة أن التقدم في السن وبالتالي ظهور أعراض الشيخوخة سواء صحياً أو نفسياً أو عقلياً قد يبدأ في أي مرحلة من مراحل العمر... فالقدرات عامة تبدأ في التغير ابتداء من سن العشرين ومن جهة أخرى فمن المعروف أن سن الشخص قد لا يكون بالضرورة متفقاً واحتفاظه بوظائفه البدنية. وتعد الشيخوخة طوراً من أطوار الحياة وظاهرة من ظواهرها وهي ليست مرضاً، وإنما فترة يتغير فيها الإنسان تغيراً فسيولوجياً إلي صورة أخري يصاحبها ضمور وضعف في كثير من الأعضاء وفقدان ملموس للقوة والحيوية (فاطمة الغرباوي: ١٩٧٥).

ومن ثم فالشيخوخة جماع عدة تغيرات تحدث في الجسم والنفس ليست متوقفة علي التقدم في العمر وحده بل لأسباب مختلفة (عصام فكري: ١٩٧٥).

وبالرغم من هذه التغيرات الحادثة إلا أن المسن يمكنه استيعاب نوع المعرفة التي كان يستوعبها في عمر العشرين (عبد المنعم الحفني: ١٩٩٢). واتفق معظم الباحثين علي اعتبار عمر الستين بداية مرحلة الشيخوخة.

---

١ - في المعجم الوسيط: شاب فلان شيباً وشيبة ابيض شعره، والرجل أشيب، والمرأة شمطاء، وشاخ الإنسان شيخاً وشيوخة وشيخوخة، وأسن، والشيخ من أدرك الشيخوخة، والجمع شيوخ وأشياخ (مجمع اللغة العربية: ب ت). والعاتي هو المسن والهرم هو الشيخ العاتي (أمال صادق وفؤاد أبو حطب:١٩٩٥).

الاهتمام بدراسة الشيخوخة:

لقد بدأ الاهتمام بدراسة مرحلة الشيخوخة و آثارها علي المرء منذ القرن الأول الميلادي علي يد الروماني شيشرو الذي عني بالخصائص السلوكية لكبار السن، وفلاسفة اليونان عندما كتب هيبوقراط عن أمراض الشيخوخة، وفطن العرب إلي أهميتها فكتب أبو حاتم السجستاني رسالة عن المعمرين في عام٨٦٥م (حامد العبد: ١٩٨٤). غير أن البحث العلمي والمنهجي في الشيخوخة لا يكاد يرجع إلي أبعد من منتصف القرن الماضي، إلا أن هناك محاولات سابقة علي هذا التاريخ فقد أصدر فرنسيس بيكون كتاباً بعنوان "تاريخ الحياة والموت" تناول فيه طبيعة حياة الإنسان ومراحلها بما فيها الشيخوخة (أحمد العدواني: ١٩٧٥) وظهر كتاب "الشيخوخة النصف الآخر للحياة" لعالم النفس ستانلي هول عام ١٩٢٢ والذي تناول فيه المظاهر النفسية للشيخوخة وأعراضها (آمال صادق وفؤاد أبو حطب: ١٩٩٥)، وكتاب "مشكلات الشيخوخة" لكاودري عام ١٩٣٩ وتناول فيه النواحي البيولوجية والطبية (ولما دوناهي و هارولد أورباخ: ١٩٨٠).

وأسس المعهد القومي للصحة بأمريكا عام ١٩٤٦ وحدة بحوث المسنين وصدرت أول مجلة متخصصة بالشيخوخة، ونشر مجلس البحوث الاجتماعية الأمريكية كتاباً عام ١٩٤٨ بعنوان "التوافق الاجتماعي للمسنين"[١]،وتأسس الإتحاد الدولي لعلم المسنين عام ١٩٥٠ وكذلك الإتحاد الدولي للصحة النفسية للمسنين (آمال صادق وفؤاد أبو حطب: ١٩٩٥).

وقد اعتمد تخصص طب المسنين كأحد فروع الطب ببريطانيا عام ١٩٤٨ (لطفي الشربيني: ب ت). وبدأ اهتمام الطب النفسي بدراسة الأمراض النفسية للمسنين في الخمسينيات من القرن العشرين عندما كتب كريبلين *Kraepline وآخرون* عن وصف الشيخوخة وخصائصها وأمراضها النفسية *(Gelder,et.al.:1993)*.

وفي المجتمع المحلي أخذ الاهتمام بدراسة الشيخوخة في الازدياد – طبياً ونفسياً – حتى أن أقساماً علمية أصبحت تسمى طب المسنين، ومادة علم نفس النمو أصبحت تعنى بفئة المسنين، وعقد العديد من المؤتمرات الخاصة بذلك، وتم التوسع في إقامة دور المسنين علي مستوي المحافظات[٢].

---

١ - إن الكتاب صدر عام (١٩٤٦) بعنوان "التكيف الاجتماعي للمتقدمين في السن" ويعد هذا الكتاب أول اهتمام علمي منظم من جانب علماء الاجتماع بالشيخوخة (ولما دوناهي وهارولد أورباخ: ١٩٨٠).

٢ - إن واقع المؤسسات الخدمية في مجال رعاية المسنين ينوء بالكثير من السلبيات التي تفقدها مشروعية وجودها لعجزها عن القيام بدورها المستهدف منها (محمد دعبس: ١٩٩٢).

النظريات المفسرة للتقاعد:
تتعدد نظريات تفسير التقاعد ويمكن إجمالها فيما يلي:

- نظرية الانسحاب: (فك الارتباط)

تذهب هذه النظرية إلى أن المســـن يترك مكانه العملي في المجتمع في الوقت الذي يسحب فيه المجتمع منه العمل بوصوله سن المعاش.

- نظرية الأزمة:

وترى أن التقاعد عن العمل يعد أزمة للمسن بعد حياة طويلة من العمل. كان له فيها دور مهني لا يمكن إهمال فعاليته في حياته.

- نظرية النشاط :

وتقول هذه النظرية أن المرء يمكن أن يتمتع بالنشاط والحيوية حتى بعد بلوغه مرحلة الشيخوخة.، ويمكنه الاستمرار في النشاط الاجتماعي والعملي ولذا تقترح هذه النظرية إيجاد أنشطة يمارس فيها المسن نشاطه المعتاد.

- نظرية التبادل :

وتعتمد علي دور الأخذ والعطاء وأهمية التبادل في حياة المســـن.، ولذا فهي تري أن المســن لا يمكن له أن يعطي كما كان من قبل ، ومن ثم فهو في انتظار الأخذ من الأبناء والأحفاد (نبيل الفحل: ١٩٩٠) .

تعقيب علي النظريات السابقة :

ما من شــك لكي يتمتع المســـن بحياة هانئة فلابد من إيجاد فرص بديلة ومناسبة له بعد التقاعد ولابد من الاستفادة من خبراته في العمل والحياة لدفع عملية التقدم إلي الأمام ، فنهضـــة المجتمع تقوم علي حماس وثورة الشـــباب الذين هم بحاجة لحكمة وخبرة الشيوخ ، فأي نهضة يجب أن تعتمد علي أبناء المجتمع بـاختلاف أعمـارهم ومســـتويـاتهم العلميـة والاجتمـاعيـة (محمـد دعبس:١٩٩١)، ولقد دلتنا العديد من الدراســـات علي ضـــرورة توفير تلك الأنشــطة والفرص البديلة بعد التقاعد، فالشـــيخوخة ليســت مرحلة ضـــعف وتدهور علي إطلاقها ، وإن عملية التقاعد عن العمل التي يخبرها المسن تجره إلي التقدير السلبي للصحة الجسمية والنفسية ولذا ينصح بتوفير العمل الملائم للمسنين بعد التقاعد (ستانلي باركر: ١٩٨٨). وقد أصدرت جمعية علم النفس الأمريكية عام ١٩٨٦ مجلداً شمل عدداً من البحوث حول الشيخوخة وتوصلت إلي أن تدهور القدرات المعرفية والانتباه والذاكرة ليس لديهم بسبب التقدم في العمر وحده ولكن هناك عوامل عديدة قد تكون مسئولة بدرجة أكبر عن ذلك التدهور (عبد المنعم عاشـــور:١٩٨٧)، كما تبين أن نســـبة ذكاء عينة من

المســنين تقع في المدى المتوســط علي مقياس وكســلر بلفيو لذكاء الراشــدين (سمير عبد الفتاح: ١٩٨٨).[١]، وعلي الرغم من ذلك توصل عزت إسماعيل إلي وجود فروق دالة إحصــائيا بين المســنين والراشــدين في الذاكرة لصــالح الراشـــدين إلا إنـه ينفي إمكـانيـة تعميم هذه النتيجة لما لحاجتها إلى العديد من البحوث كي تدعمها (عزت إسماعيل: ١٩٨٤)، كما توصلت ماجدة حامد إلي وجود فروق دالة إحصـائيا بين الراشدين والمسنين في تذكر الكلمات، وكانت الفروق في الأداء لصالح الراشدين (ماجدة حامد: ١٩٨٧)، ولم تزل الدراسات في شــك من إثبات علاقة الشــيخوخة بتدهور القدرات العقلية (هالة العمران: ١٩٨٤). وتلوح لنـا مشـــكلة عقوق الأبناء للوالدين إذا تقدم العمر بأحدهما أو كليهما وأصــبحا عاجزين عن تقديم ما كانا يقدمانه من قبل ، فيؤثر الأبناء أن يودعوا الوالدين في دور المسـنين لكي يتم تقديم الخدمة الصـحية والاجتماعية لهم فيها ولكننا نلاحظ أن المســنين تزداد لديهم مشـــاعر الحزن والكآبة نتيجة إقامتهم في دور المسنين عند مقارنتهم بالمسنين الموجودين مع أسرهم العادية (علي عبد الســلام: ١٩٩٢)، (ســهير أحمد: ١٩٩٢). ولعل مناجاة الملك لير للطبيعة متألماً متحسراً من سلوك بناته تكشف بجلاء عن معاناة الوالدين حين يعـانون من عقوق الأبنـاء :لير : قرقري ملئ بطنك يا ريح أبصـــقي يا نار، وأهطل يا مطر، فما الريح ولا النار ولا الرعد بناتي، فلن أتهمك بالقســوة يا عناصـر، فلم أمنحك قط يوماً مملكة، ولا ناديتك بأولادي، وما أنت مطالبة لي بوفاء، فلتذهب إلى الجحيم لذاتك... فها أنا أقف عبداً لك، شيخاً مسكيناً مزدرى واهناً.... ورغم ذاك تجعلين بإمرة ابنتين عاقتين خبيثتين جحافلك المولودة في الأفق ضد رأس أبيض الشعر أشيبٍ، هرم كرأسي .. وحسرتاه !!! وياللحقارة !!!! *(Shakespeare:1959)* . حجم المسنين : تشير الدراسات الديموجرافية إلى أن نسـبة المسـنين في المجتمع تصــل إلى ٢٠% (محمد دعبس:١٩٩٣)، ومن المتوقع أن يرتفع عدد الأشـخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٦٠ عاماً من ٣٠٧ مليوناً إلى ٧٠٠ مليوناً من سـكان العالم بسـبب زيادة الرعاية الصـحية المقدمة لهم، كما يتضـح أن المرضــى النفسـيين بالمؤسـسـات النفسـية نصـفهم تقريباً من المسنين *(Gelder,et al.:1993)*.

---

١ - هناك عديد من الدراســات التي اهتمت بدراســة علاقة العمر بالابداع وتوصــلت إلى وجود أعمال خالدة أبدعها أصحابها في مرحلة شيخوختهم مثل شكسبير وبيتهوفن (دين كيث سايمنتن:١٩٩٣)، ولدينا الكثير من الأدباء والمفكرين والعلماء ممن أبدعوا في مرحلة شيخوختهم المتأخرة مثل نجيب محفوظ ومصطفى صفوان وسامي علي ولويس مليكة وحسين عبدالقادر ونجيب محفوظ وتوفيق الحكيم وزكي نجيب محمود وحامد عمار وغيرهم .....في مجالات شتى.

المظاهر الانفعالية المصاحبة للشيخوخة:

تتميز انفعالات المسنين بالذاتية حيث تتمركز انفعالاتهم حول ذواتهم وعدم قدرتهم على التحكم فيها، وتتصف شخصية المسن بكثير من العناد والجمود وصلابة الرأي والرغبة في المديح والإطراء وزيادة مستوى القلق والكآبة والشك في الآخرين والخمول والكسل وافتقاد الأصدقاء والأهل والتعصب للرأي (مدحت حسين:١٩٩٢)، وتظهر على المسن الثورة والغضب والتذبذب في الانفعال وانسحابه من المواقف الخارجية، والإعجاب بالماضي الذي عاشه فهو دائماً سعيد إذ يحكي عن تجاربه وقصص مغامراته على أحفاده والآخرين، وقد يكون المسنون غير مبالين إذا تكثر لديهم السخرية والتهكم على الآخرين ومن أنفسهم (فؤاد البهي السيد:١٩٧٤).

التوافق النفسي في مرحلة الشيخوخة:

ترتبط الشيخوخة بالمرض والضعف وفقدان الحيوية ونقص القدرة على التكيف مع البيئة والمحيط الاجتماعي، وهذا الضعف والتدهور الذي يصيب المرء يعود إلى عوامل جسمية ونفسية في آن واحد، والتغيرات الحادثة في الجسد لا تعود إلى الإصابة بالمرض فقط بل لعوامل متعددة ولذا فمن المفيد للمسنين إيجاد أنشطة اجتماعية وأعمال مناسبة لهم لكي يقضوا فيها أوقاتهم ويحافظوا على توازنهم النفسي بعد الإحالة للمعاش أو التقاعد (مديحة العزبي:١٩٩٢)، ولقد اهتمت العديد من البحوث المحلية بدراسة المسنين المتقاعدين والذين استمروا في العمل بعد التقاعد، ولقد أكدت تلك البحوث على أن الذين استمروا في العمل تميزوا بالتوافق النفسي والايجابية والتفاعل (سهير أحمد :١٩٨٧، علي الديب :١٩٨٨ حسين سعد الدين :١٩٨٩، محمد عبد المقصود:١٩٨٩). وتوصلت دراسات أخرى إلى حاجة المسنين إلى الرعاية الصحية والحب والمساعدة والإنجاز والتقدير والاحترام والتفهم من قبل الآخرين والانتماء والعطف والتحمل (محمد الصاوي: ١٩٧٧، شاهيناز عبد الهادي:١٩٨٦، سعيدة أبو سوسو:١٩٩٠).كما اهتمت العديد من البحوث بدراسة التوافق النفسي والأمراض النفسية وبعض المتغيرات النفسية وعلاقتها بالإقامة في الأسرة أو في دور المسنين وتوصلت إلى أن الإقامة داخل الأسرة مفيدة للمسنين عن الإقامة في دور المسنين(مصطفي مظلوم:١٩٨٧، سهير أحمد : ١٩٩١، سوسن عبد الهادي:١٩٩٣)، *(Rashed,et al:1987)*.

وحديثاً ظهرت دراسات اهتمت بأبعاد الرضا عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين، والآثار الناتجة عن سوء معاملة كبار السن، ومعرفة

مؤشرات التنبؤ بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين (عزة عبد الكريم : ٢٠٠٢ ٢٠٠٣، ٢٠٠٧).وظهرت النظرة السلبية في اتجاهات المسنين نحو الشيخوخة مع وجود انخفاض من مستوى الرضا عن الحياة لديهم وانخفاض الروح المعنوية والتوافق النفسي، وكان التوافق النفسي أفضل لدى المسنين بالريف عن المدن وتبين أن المسنات أكثر شعوراً بالمعاناة من الاضطرابات العصبية مقارنة بالمسنين الذكور ، وأن المسنين أكثر إحساساً بالسعادة عن المسنات(مديحه العزبي :١٩٨٨ علي عبد السلام :١٩٩٢، محمد درويش :١٩٨٥، مايسة النيال وماجدة خميس: ١٩٨٥). وهكذا يتعين إيجاد فرص عمل وأنشطة اجتماعية وترويحية للمسنين حتى يتمتعوا بالصحة النفسية، وضرورة توفير الدعم العاطفي والاجتماعي لهم مما يؤدي إلى المواجهة الفاعلة للمشكلات التي يواجهونها فالمسنون بالريف يتمتعون بالرضا عن الآخرين والشعور بتقدير الذات عن أقرانهم بالمدينة نظير تلك الحفاوة والتقدير الذين يلاقونهما من أحفادهم وأبنائهم (مديحة العزبي:١٩٩٢).

الأمراض النفسية في مرحلة الشيخوخة:

تلفتنا الإحصائيات إلي أن ٥٥ - ٨٨ % من المسنين يعانون من الاكتئاب وأن أكثر من ٥% ممن هم فوق ٦٥عاماً يعانون من عته الشيخوخة، ويزيد انتشاره لدي من هم فوق ٨٥ عاماً بنسبة ٢٣ - ٤٧% ، ويوجد حوالي ٧ % من المرضي لديهم خلل معرفي قد يعزي للزهايمر *Alzahimer* وتزداد شكواهم من الأمراض الجسمية والشعور بالذنب والرغبة في الانتحار ونقص الوزن والإرهاق البدني واضطرابات النوم *(Gottlieb:1994)*. وتوصلت دراسات عديدة إلي أن انتشار عته الشيخوخة يكون بنسبة ٦ % والأعصاب بنسبة ١٢,٥ % ويوجد الاكتئاب بنسبة ٧٦ % ثم يوجد الفصام بنسبة ١,١ % لدي المسنين *(Gelder,et.al:1996)*، وبلغ عته الشيخوخة نسبة مقدارها ٣٢ %من عينة قدرها ٢٠٦٧من المسنين فيما بين ٦٠-٩٠عاماً *(Shajl,et .al :1996)*. وتتسم شخصية المكتئبين منهم بالانطواء وقلة النوم وضعف العلاقات الاجتماعية *(El-khouly,et.al:1993)*، ونقص النشاط وهبوط القدرة الجنسية وزيادة التوهم المرضي وقلة الحركة وظهور أمراض القلب والإرهاب الاجتماعي ونقص عمليات التفعيل *(Hamed :1994)*، وكثيراً ما يتزا من الاكتئاب وعته الشيخوخة *(Rashed, et.al:1987)*.

عته الشيخوخة *Dementia*

يتصـف هذا الاضـطراب بنقص في القدرات العقلية التي تؤدي بدورها إلي ضـعف الأداء الوظيفي وتدهور العلاقات الاجتماعية، ويتبدى في صـورة خلـل في الـذاكرة والحكم علي الأمور ونقص التفكير التجريـدي والوظـائف العليا لقشـرة المخ وإهمال المظهر وعدم احترام العرف والتقاليد واضـطراب القدرة التركيبية فلا يستطيع المريض رسم الأشكال ذات الأبعاد الثلاثة ويفشل في التعرف علي الأشكال بالرغم من سلامة الحواس ويقترن هذا الاضطراب أكثر بـالشـيخوخـة (محمود حمودة ١٩٩٠). أمـا عتـه مـا قبـل الشـيخوخـة *Presenile Dementia* فيتميز بتآكل وضـمور الجهاز العصـبي مما يؤدى إلي اضمحلال عقلي ويحدث في وسط العمر، ومن أسبابه أورام المخ وزهري الجهـاز العصـبي، وقـد انتشـر بنسـبـة ٥,٦% لـدي عينـة مقـدارهـا ١٧٨٠باسـكوتلاندا *(Whalley et.al: 1995)* . ويتميز عته الشـيخوخة من نوع *Alzheimer* بـأنـه يحدث نتيجة تغيرات في المخ تابعة للتقدم في العمر، وتذهب الدراسـات المسـحية بأوروبا واليابان وأمريكا إلي أن نسـبة انتشـاره وصـلـت ٢% في عمر ٨٠عـامـاً وذلك في الفترة بين عامي ١٩٨٦-١٩٨٧ *(Gelder,et.al :1993)*.

المظاهر الإكلينيكية لمرض الزهايمر:

يبدأ المرض – غالباً بعد سـن السـبعين ويظهر لدي الرجال في حوالي ٧٣عـامـاً والإنـاث في حوالي ٧٥عـامـاً وغـالبـاً مـا تحدث الوفـاة فيمـا بين ٥-٨سنوات من بداية الإصـابة بالمرض ومن أعراضـه: زيادة النسيان وصعوبة الحركة ونقص التلقائية وضـعف الوعي ويبدأ المرض عندما يفقد المسـن المحيطين بـه ويقل عطف الأسـرة عليـه ويضـعف تواصـل أفرادها معه *(Gelder,et.al1993)*، وسيطرة المزاج الاكتئابي والشعور بالكسل ونقص الرعاية الشـخصـية والنظافة وتدهور السـلوك الاجتماعي وسـطحية الوجدان والجمود الانفعالي والانسـحاب من المجتمع والشـعور بـالتعب سـريعاً، والاسـتيقاظ المتكرر في الليل وشـيوع علامات الضـعف العقلي واضـطرابات الكلام والإبصار وتدهور العمليات المعرفية *(Reichman.et.al:1996)*.

الاكتئاب :

يشيع هذا المرض في نهايات العمر في – لدي المسنين – بنسبة ١٠% ولا تختلف صورته الإكلينيكية في المسنين عن الأصغر سناً غير أن أهم أعراضه في مرحلة الشيخوخة هي :- اضطراب الاهتداء وفقد الذاكرة والتشتت الأمر الذي يوحي بوجود الخرف الكاذب وفقد الاهتمام وعدم الاستمتاع بالأنشطة المعتادة وصعوبة التركيز وتبلد المشاعر يعطي صورة الخرف الكاذب الذي يعود للاكتئاب وشدة الفوران الداخلي وزيادة الشكوى من المرض البدني *(Gelder,et.al: 1993)*.

الهوس Mania

ينتشر الهوس بنسبة من ٥-١٠% لدي المسنين ولا يزيد مع تقدم العمر ويتشابه في صورته الإكلينيكية مع اضطراب الهوس والاكتئاب الدوري *(Ibid,1993)*.



الفصل الرابع

الدراسات السابقة



نتناول في هذا الفصــل مجموعة من الدراســات التي اهتمت بالجوانب النفسية المختلفة لاضطرابات النوم والمسنين، ولسهولة عرض هذه الدراسات قام الباحث بتقسيمها إلي:

أولاً : دراسات تناولت اضطرابات النوم

١ : دراسات تناولت معدلات انتشار أنماط اضطرابات النوم

دراســة *Bliwise* وآخرين (١٩٩٢) وموضــوعها معدلات انتشـــار مشكلات النوم وعلاقتها بالصحة العامة لدى جميع الأعمار من ٥٠-٦٥عاماً ، وبلغت العينة ٤٥٠ من الجنسين واعتمد الباحثون علي التقرير الذاتي للأفراد عن مشكلاتهم التي يعانون منها بشأن النوم. وتبين من النتائج أن حوالي ٤,٤ % من الذكور يعانون من كثرة الاســتيقاظ من النوم ليلاً مع صــعوبة العودة للنوم مرة ثانية وأن نسبة من ١ - ٣ % قرروا الشعور بعدم الرضا عن النوم والإحســاس بعدم كفايته وتأكد ارتباط شــكوى المســنين من النوم بالأمراض الجسمية .

دراسة *Brabbins* وآخرين (١٩٩٣) بعنوان : الأرق ومعدلات انتشاره بين الجنســين وعلاقته بالصــحة والموت .حيث بلغت العينة ٤١٩ من الذكور و٦٥١ من الإنـاث، وكـان متوســط العمر ٦٥عاماً، واتضـــح من النتائج أن ٦٥,٥% من العينـة أقرت بتنـاول العقـاقير المنومـة خلال الســنوات الثلاث الأخيرة. و٣٥% من العينة أقرت بوجود مشــكلات في النوم. وزيادة معدلات انتشـار الأرق لدي الإناث عن الذكور. وارتباط الأرق بالإكتئاب. وعدم وجود علاقة بين الأرق والموت، ووجود علاقة بين العقاقير المنومة واضـــطرابات النوم.

دراســة *Hohagen* وآخرين (١٩٩٤،أ) بعنوان الأرق انتشــاره وعلاجه لدي المســنين وبلغت العينة ٢٣٧ من الإناث و٩٣ من الذكور بمتوســط عمر ٧٥ عاماً وتم تطبيق مقياس اضطراب النوم، والمقابلة الشخصية

وقد تبين من النتائج :
١-أن نسـبة ٢٣% من العينـة الكلية يعانون من الأرق الشـديد و١٧% يعانون من فرط النوم.
٢-عدم وجود فروق بين الجنسين في الأرق المتوسط والخفيف.
٣-زيادة الأرق الشديد لدي الإناث عن الذكور.
٤-عدم وجود فروق بين الجنسين في عدد ساعات اليقظة.
٥-عدم وجود فروق بين الإناث والذكور في (شدة الأرق والاستيقاظ المبكر في الصباح).
٦-عدم وجود علاقة بين شدة الأرق والاستيقاظ في الصباح.
٧-وضوح الرغبة قي زيادة عدد ساعات النوم لدي الإناث عن الذكور.
٨-حصـول ٦٤% من الذكور و٤٥% من الإناث علي غفوات النوم خلال النهار.
٩-وجود ارتبـاط دال إحصـائيا عنـد ٠,٠١بين الأرق وكـل من القلق والاكتئاب وأمراض المخ العضوية .

دراسـة *Foley* وآخرين (١٩٩٥) وموضـوعها الشـكوى من النوم لدي المسـنين. حيث بلغت العينة ٩٠٠٠ من المسـنين البالغ أعمارهم ٦٥ عاماً فما فوق. وأخذت العينة من ثلاثة مدن أمريكية وتم تطبيق استبيان حول المشكلات المرتبطة بالنوم. وتبين من النتائج أن المشكلات الخاصة بالنوم هي :

١- صعوبة الدخول في النوم.
٢- الاستيقاظ المتكرر من النوم ليلاً.
٣- الاستيقاظ المبكر جداً في الصباح.
٤- الحاجة للحصول علي غفوات نوم أثناء النهار.
٥- الشعور بالخمول خلال النهار.
٦- وجود ارتباط دال إحصـائيا بين مشـكلات النوم وكل من الصـحة العامة وأعراض الاكتئاب واسـتعمال المسـنين العقاقير الخاصـة بعلاج الأمراض الجسمية.

دراسـة *Gislason* (١٩٨٧) وموضـوعها اضـطرابات النوم لدي السـويديين. بلغت العينة ٣٢٠١ من الذكور ممن تتراوح أعمارهم بين ٣٠ - ٦٩ عاماً وقام الباحث بتطبيق اسـتبيان حول مشـكلات النوم لتحديدها ومعرفة شدتها وتبين من النتائج أن:

١- نسبة انتشار الأرق (نوع صعوبة الدخول في النوم (المتوسط) ٧%
و(الشديد) بنسبة ١٤,٣% وصعوبة المحافظة علي الاستمرار في النوم و٧,٥%(المتوسط) و(الشديد)١٥%.
٢- نسبة انتشار فرط النوم (المتوسط) ١٧% و(الشديد) ٦% .
٣- نسبة انتشار الشخير ١٦% .
٤- ارتباط الشخير بتقدم العمر حيث زاد في فئة المسنين.

دراسة *Husby&Lingjaerde (١٩٩٠)* وكان موضوعها معدلات انتشار الأرق ونقص النوم وعلاقتها بفصول العام والجنس بالنرويج. وقد بلغت العينة ١٤٦٦٧(من الراشدين والمسنين من الجنسين) حيث استخدم الباحثان مقياس مشكلات النوم خلال العام. وتوصلا إلي أن :

١- حوالي ٤٢ % من الإناث و٣٠ % من الذكور يعانون من الأرق في منتصف الشتاء، و ١٨ % من الإناث و ٩ % من الذكور يعانون من الأرق طوال العام، و٣ % من الجنسين يشكون من الأرق في الخريف والربيع والصيف.
٢- أُرْجِعَت زيادة انتشار الأرق في الشتاء إلي تغير إيقاع النوم واليقظة ونقص ساعات النهار وزيادة ساعات الليل.

دراسة *Hohagen* وآخرين (١٩٩٤،ب) وموضوعها أرق البداية وصعوبة الاستمرار في النوم وأرق المبكر في الصباح وعلاقته بالاتزان الشخصي. بلغت العينة ٢٥١٢من المرضي، وتم تطبيق استبيان لتقدير الأرق لديهم حيث أخذت عينة فرعية مكونة من ٣٢٨ من البالغين وكبار السن ممن أقروا بوجود مشكلات الأرق التالية (أرق البداية)، (أرق الاستيقاظ خلال الليل)، (أرق الاستيقاظ المبكر جداً في الصباح) وتبين من النتائج أن:

١- حوالي ٥٠ % من العينة الفرعية صرحوا بوجود أرق البداية والاستيقاظ حتى ساعة متأخرة من الليل ومصاحبة ذلك لاعتلال الصحة العامة والأمراض النفسية المختلفة.
٢- تم إعطاء العينة الفرعية علاج دوائي (المنوم) الذي أدى لتحسن الأرق ولكنه لم يكن – المنوم – فعال في إحداث التوازن الشخصي لدي العينة المرضية.

دراســة *Schramm* وآخرين (١٩٩٥) وكان موضــوعها علاقة الأرق المزمن بالأمراض النفسية، حيث بلغت العينة العشوائية ٢٥١٢، تم الحصول من بينهم علي ١٠٥ ممن يتراوح أعمارهم بين ١٨-٦٥عاماً (٦٨من الذكور و ٣٧من الإناث) وتم تشخيصهم علي النحو التالي : ٦٦ يعانون من الأرق، و٢ يعـانون من فرط النوم و٥ يعـانون من اضـــطراب إيقـاع النوم واليقظـة، و٣ يعانون من الكوابيس و ٦ يعانون من اضـطرابات مخلة بالنوم غير مصـنفة. وكان الأرق منتشـــراً لدى ٢٣ من الذكور و٤٣من الإناث، وذلك باســـتخدام المقابلة الإكلينيكية لتشخيص اضطرابات النوم وقائمة بتسبيرج لكفاءة النوم ثم طُبق علي الـــــ ٦٦ الـذين يعـانون من الأرق أداتين همـا: مقيـاس فريبرج للشخصية والمقابلة الإكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية حسب *DSM-III-R* وتم التوصل إلي:

١- أن نســبة ٥٠ % من الـــ ٦٦الذين يعانون من الأرق مرتبطة بالمحور الأول للأمراض النفسـية الذي يضـم الاضـطرابات الوجدانية – الذهانية (الإدمان – القلق - اضـــطرابات التجســـيد واضـــطرابات الأكل وســـوء التوافق)، وعلي المحور الثاني الذي يضــم (اضــطرابات الشــخصــية – البارانوية –الفصـامية - السـلوك المضـاد للمجتمع - الشـخصـية الحدية – الهستيرية – النرجسية – التجنبية – المتعمدة – الوسواسية - المختلطة) .
٢- انخفاض تعبير مرضي الأرق المزمن عن شكواهم (العينة العشوائية).
٣- ارتفاع عدد المستخدمين للعقاقير المنومة.

دراســة *Ohayon* وآخرين (١٩٩٧،أ) وهدفت لمعرفة معدلات انتشــار أعراض الأرق وعلاقتهـا بعـدم الرضـــا عن النوم. وبلغـت العينـة ٤٩٧٢ (٢٣٧٥من الـذكور و ٢٥٩٧من الإنـاث) ممن يتراوح أعمـارهم بين ١٥-٦٥ عـامـا، واعتمد البـاحثون علي المقـابلات الإكلينيكيـة عن طريق التليفون وكان محك التشخيص هو DSM-IV والتصنيف الدولي لاضطرابات النوم ICSD ، وتم التوصل إلي أن أعراض الأرق تنتشر بنسبة ٣٦,٢ % ، ووجود ارتباط دال إحصائيا بين أعراض الأرق وعدم الرضا عن النوم لدي العينة الكلية .

دراسة *Ohayon* وآخرين (١٩٩٧،ب) واهتمت بفحص علاقة الشكوى من الأرق بالرضا عن النوم. وقد بلغت العينة ١٧٢٢من المقيمين بكندا (٩٥٥ من الذكور و٧٦٧ من الإنـاث) ممن يتراوح أعمارهم ١٥-١٠٠عاما، واعتمد البـاحثون علي إجراء مقـابلات عبر التليفون، وتبين من النتـائج أن حوالي ١٧,٨ % يشـــكون من عدم الرضـــا عن جودة النوم، وحوالي ١٥,٩ %من

الذكور و١٩,٥ % من الإناث قررن عدم الرضـــا عن النوم، كما وجد أن ١١,٢ % يعانون من الأرق، ونســـبة ٨٠ %يتناولون العقاقير الطبية لعلاج الأرق، وبلغت نسبة عدم الرضا عن النوم لدى الذكور ٨,٩ % ، ولدى الإناث بنســـبة ١١,١ % ، كما قرر ٢٥ % من العينة الكلية تكرار اســـتيقاظهم من النوم أثناء الليل، وأعتبر ١٠,٨ % أن لديهم مشكلات مرتبطة بالنوم. ووجدت فروق دالة بين الراضـين عن جودة النوم وغير الراضـين في كثرة الاسـتيقاظ أثناء الليل لصالح غير الراضين عن النوم، ووجود ارتباط دال بين عدم الرضا عن النوم وكـل من نقص التفـاعـل الاجتمـاعي وأعراض القلق والأفكـار الاكتئابية.

دراسـة *Ohayon* وآخرين (١٩٩٧،ج) بعنوان : انتشـار الكوابيس لدي مرضـــي الأرق وعلاقتها بالمرض النفســـي وأداء الوظائف خلال النهار، وقد بغت العينـة ٥٦٢٢ تم اختيـار ١٠٤٩ممن تراوح أعمـارهم بين ١٥-٩٦عاما، ويعانون من الأرق واعتمد الباحثون علي إجراء مقابلات تشـــخيصـــية عن طريق التليفون ومقياس لتحديد إيقاع النوم وذلك حسـب DSM-IV وتبين من النتائج أن :

١- نسـبة انتشـار الشـكوى من الكوابيس الليلية كانت ١٨% وكانت لدى الإناث بنسبة ٢١,٥% ولدى الذكور بنسبة ١٢,٩% وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في كل من صـــعوبة الدخول في النوم وصـــعوبة المحافظة علي استمرار النوم لصالح الإناث.

٢- وجود فروق دالـة إحصـــائيـا بين من يعـانون من الكوابيس ومن لا يعانون منها في كل من صعوبة الاستيقاظ في الصباح، وعدم الراحة بعـد الاســـتيقـاظ وكثرة الحصـــول علي غفوات نوم خلال النهـار والإحسـاس بالتوتر واضـطراب التركيز والذاكرة وشـيوع الأعراض الاكتئابية والقلق وضـــعف القدرة الحســـية لصـــالح من يعانون من الكوابيس وبخاصة لدي الإناث .

دراســـة *Kageyama* وآخرين (١٩٩٧) بعنوان : العوامـل المرتبطـة بـالأرق لـدي اليـابـانيـات، وقد بلغت العينـة ٣٦٠٠ ممن يتراوح أعمارهن بين ٢٠-٨٠ عاما، واستخدم الباحثون مقياسـا لتقدير الأرق، وتبين من النتائج أن حوالي١١,٢ % يعانين من الأرق، وأن ١١,٤ % يرتبط الأرق لديهن بأسباب فســـيولوجية. وأن ١٦,٨ % يتناولن العقاقير المنومة لمواجهة اضـــطرابات النوم، وزاد انتشـــار الأرق لدي المســـنات أكثر من الراشـــدات، كما وجدت فروق دالة عند مستوى ٠,٠١ بين من يعانين من الأرق والأسوياء في كل من

نقص كمية النوم والشعور بالتعب أثناء الاستيقاظ ونقص النوم خلال النهار والإحساس بالإرهاق قبل موعد النوم المعتاد وكثرة الاستيقاظ من النوم خلال الليل لصالح المرضى .

دراسة *Lichstein* (١٩٩٧) وكانت بعنوان علاقة التعب باضطرابات النوم. وقد بلغت العينة ٢٠٦ من المرضى (١٣٣من الذكور و٧٣من الإناث) ممن يتراوح أعمارهم بين ١٣-٨٠عاما، وقد تم تشخيصهم علي النحو التالي :

١- نسبة توقف التنفس أثناء النوم كانت ٦٤,١ %.
٢- الشخير بنسبة ٩,٧% .
٣- التشخيص المزدوج لاضطرابات النوم بنسبة ٥,٣% .
٤- الأرق بنسبة ٤,٩% .
٥- فرط النوم بنسبة ٢,٥%.
٦- غشية النوم بنسبة ٢,٥%.
٧- استخدم الباحثون مقياس شدة التعب وقائمة المتغيرات الديموجرافية والصحية وقائمة متغيرات مرتبطة بالنوم ومقياس الاكتئاب في اختبار *MMPI* . وقد توصلوا إلي :

- ارتفاع شدة التعب لدي من يعانون من اضطرابات النوم وبخاصة الأرق.
- وجود ارتباط دال إحصائيا بين التعب وكل من الاكتئاب والحالة الصحية والتدخين.
- أظهرت مجموعة الإناث سيكوباثولوجية للأرق .

دراسة *Hammouda* (١٩٩٣) بعنوان اضطرابات النوم: أنماطها والعوامل المرتبطة بزيادتها لدي عينة من المصريين من غير المرضي. وقد بلغت العينة ٣٦٢ من الجنسين ممن يتراوح أعمارهم بين ١٥- ٥٤ عاما، حيث طلب الباحث من العينة ملء استبيان عن اضطرابات النوم التي يشكون منها. وقام بتشخيصها حسب DSM-III-R وأتضح من النتائج أن معدلات انتشار لأنماط اضطرابات النوم لدي العينة كانت علي النحو التالي: الأرق ٢٤,٦%، وفرط النوم ١٥%، واضطراب إيقاع النوم واليقظة ١٧%، والفزع الليلي ١١%، والكوابيس ٣٦,٥%، والمشي أثناء النوم ٢,٥%، وقضم الأسنان ٧,٥%، وأرجحة الرأس ١٢%، كما وجدت علاقة دالة بين أنماط اضطرابات النوم والجنس والعمر، حيث زادت اضطرابات النوم مع التقدم في العمر لدى الجنسين، وزادت لدي الإناث عن الذكور.

دراسة *Nilssen* وآخرين (١٩٩٧) وموضوعها مشكلات النوم في القطب الشمالي. وتهدف إلي مقارنة معدلات انتشار مشكلات النوم بين سلالتين هما الشعب الروسي والنرويجي ممن يعيشون في منطقة بلجراد حيث بلغت العينة ٥٠٢ من النرويج (٣٢٣ من الذكور و١٧٩ من الإناث) و٤٥٠ من روسيا (٣١٧ من الذكور و ١٣٣من الإناث) ممن تتراوح أعمارهم فوق ٢٠ عاما. وتم استخدام الأدوات التالية: استبيان التقدير الذاتي عن مشكلات النوم ومقياس الصحة العامة واستبيان لتقدير الاكتئاب. وتبين من النتائج أن معدلات انتشار مشكلات النوم لدي عينة النرويج بلغت ٢١ % من الذكور و٢٥ % من الإناث، ولدي عينة الروس بلغت ٨١,٤ % من الذكور و٧٧,٤ % من الإناث، وأن معدلات انتشار مشكلات النوم في فصول العام .

(أ) لدي عينة الروس كانت ٢٨ % ذكور و٤٠% إناث (في فصل الشتاء) و٩ % ذكور و٥ % إناث (في فصل الصيف) و ٤ % ذكور و٤ % إناث (في فصلي الربيع والخريف) و٤١ ذكور و٢٩ % إناث (طوال العام).

(ب) ولدى عينة النرويج كانت ٧ % ذكور و١١ % إناث (في فصل الشتاء) و٦,٥ % ذكور و٦,٢ % إناث (في فصل الصيف) و٧,٢ % ذكور و٦,٦ % إناث (في فصلي الربيع والخريف) ١,٢ % ذكور و٠,٦ % (طوال العام). أما من حيث معدلات انتشار أنماط مشكلات النوم الشائعة كانت كالتالي : أ- صعوبة الدخول في النوم ٤٤,٥ % ذكور و٥١,١ % إناث (روسيا) و١١,٨ % ذكور و٢٠ % إناث (النرويج)، النوم المبكر من بداية الليل ١١,٤ % ذكور و٢,٣ % إناث (روسيا) و٢,٢ % ذكور و١,٧ % إناث (النرويج)، والاستيقاظ المتكرر ليلا ٣,٣ % ذكور و٢٦,٣ % إناث (روسيا) ١٢,١% ذكور ١٠,١% إناث (النرويج) . والاستيقاظ المبكر جدا في الصباح ٣,٤% ذكور و٣,٤% إناث (النرويج) وفرط النوم ٢٠,٥% ذكور و٣٠% إناث (روسيا) و٣,٤% ذكور و٣,٩% إناث (النرويج) والشعور بعدم الراحة في الصباح ٣١% ذكور و٤٥% إناث (روسيا) و١٣% ذكور و ١٨% إناث (النرويج). كما وجد ارتباط موجب بين كل من الاكتئاب، نوبة العمل، الوحدة، الإدمان وعدم الرضا عن الحياة ومشكلات النوم لدي عينة النرويج.، ووجد ارتباط موجب بين كل من الاكتئاب، الحذر، نوبة العمل ومشكلات النوم لدي عينة روسيا.

دراســـة *Labbate* وآخرين (١٩٩٤) بعنوان نوبات الفزع أثناء النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب ،وقد بلغت العينة ٩٥(٣٧من الذكور و ٥٨من الإناث) وكان متوسط أعمارهم ٣٧,٣عاما وتم استخدام *DSM-III-R* كمحك للتشـــخيص ومقياس جلوبال للقلق والاكتئاب واتضـــح من النتائج أن حوالي ٤٠% قرروا حدوث نوبات الفزع أثناء النوم ، وجود فروق دالة إحصائيا بين من يعانون من نوبات الفزع والأســـوياء في كل من الفوبيا الاجتماعية وفوبيا الأماكن الواســـعة والقلق العام والاكتئاب والمعاناة من الأمراض النفســـية في الطفولة لصالح مجموعة المرضي *(Labbate.et.al:1994)*.

دراســة *Lindberg* وآخرين (١٩٩٧) موضـوعها علاقة اضـطرابات النوم ببعض المتغيرات النفســـية لدي الراشـــدين وقد بلغت العينة ٥٢٩ ممن يتراوح أعمـارهم بين ٢٠- ٤٥ عـامـا ، وطبق البـاحثون كلا من مقيـاس اضطرابات النوم ومقياس القلق والاكتئاب ، وأثبتت النتائج أن :

١- نسبة انتشار كل من صعوبة الدخول في النوم ٥,٥% وصعوبة المحافظة علي استمرار النوم ١٥,٥% والاستيقاظ المبكر جدا في الصباح ٥% ، والإحساس بالانتعاش في الصباح في معظم أيام الأسبوع ١٥,٣% وفي مرة واحدة – فقط – أسبوعيا بنسبة ٣١,٨% .
٢- وجود فروق دالة إحصـــائيا بين الذكور والإناث في كل من صـــعوبة المحافظة علي اســـتمرار النوم وزيادة غفوات النوم أثناء النهار وفقدان الشعور بالانتعاش في الصباح لصالح الإناث.
٣- وجود ارتباط دال بين التقدم في العمر والشخير لدي إفراد العينة .
٤- وجود ارتباط دال إحصـــائيا بين كل من القلق والاكتئاب وأعراض الأرق وانخفاض فترة كمون النوم ونقص كمية النوم وزيادة الحاجة للنوم لدي أفراد العينة الكلية.

دراســـة *Johns&Hocking* (١٩٩٧) بعنوان : غفوات النوم خلال النهار لدي العمال باســـتراليا ، وقد بلغت العينة ٥٠٧من العمال (٤١٨من الذكور و٨٩من الإناث) ممن يتراوح أعمارهم بين ٢٢-٥٩عاما ، واســـتخدم الباحثان مقياس ايبورث للنوم ، وقد توصلا إلي أن:

١- غفوات النوم أثناء النهار كانت بنســـبة ٦٤% لدي الذكور و٧٢% لدي الإناث .
٢- أن حوالي ١٢,٤% من الذكور و١٨,٨% من الإناث يشـــكون من عدم جودة النوم.
٣- حوالي ٣٩,٥% من الذكور و١٨% من الإناث يعانون من الشخير.
٤- ٣٠,٤% من الذكور و١٤,١% من الإناث يعانون من توقف التنفس أثناء النوم.
٥- ١١,٣% من الذكور و١٨,٨من الإناث يشكون من الأرق.
٦- وجود ارتباط بين غفوات النوم أثناء النهار ومرضـــي غشـــية النوم وفرط النوم.

٢- دراسات تناولت علاقة اضطرابات النوم بمحتوى التفكير قبل النوم:

دراسة أحمد عبد الخالق وآخرين (١٩٩٣) واهتمت بتحديد الموضوعات التي تشغل الذهن قبل الدخول في النوم . وبلغت العينة ١٧٧(٩٣من الذكور و ٨٤من الإناث) من طلاب جامعة الإســـكندرية ثم طبقت القائمة المختصـــرة لموضوعات التفكير قبل النوم وقائمة ويبلى للميل العصابي والمقياس العربي للوسواس القهري علي أفراد العينة وتم التوصل إلي حصول الموضوعات التالية علي أعلي النسب المئوية وهي التفكير في الغد والمستقبل والمشكلات الخاصة ومحاسبة النفس وشكر الله والتفكير في الامتحانات والدراسة وحديث الأصدقاء ، كما وجدت علاقة دالة إحصائيا بين كل من الأرق والتنقل القهري وموضوعات التفكير قبل النوم .

دراســة أحمد عبد الخالق وآخرين (١٩٩٥) بعنوان موضـوعات التفكير قبل النوم لدي عينة من طلاب جامعة الكويت : بلغت العينة ٦٦٤من الجنسين واستخدم الباحثون قائمة موضوعات التفكير قبل النوم واتضح من النتائج أن عدد البنود الخاصــة بموضــوعات التفكير قبل النوم قد بلغت ١٣٠بندا قسـمت إلي المجالات التالية :- المستقبل – المشاعر والانفعالات – العلاقة بالآخرين – الدراسة – المسائل الدينية – الوطن والغزو – الماضـي – مشكلات عامة – الحاضر – مشكلات عالمية . كما توصلوا إلي وجود ارتباط سالب بين عدد موضـــوعات التفكير قبل النوم وعدد ســـاعات النوم وارتباط موجب بين تلك الموضوعات وكل من درجة الأرق والشعور بالحزن .

٣- دراسات تناولت علاقة اضطرابات النوم بالضغوط التالية للصدمة

دراسة *Ross* وآخرين (١٩٩٤) بعنوان اضطراب نوم REM لدي من يعانون من الضـــغوط التالية للصـــدمة . وبلغت المجموعة التجريبية ١١من

الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام ويعانون من الضغوط التالية للصدمة والمجموعة الضابطة ٨من الأسوياء . ويتراوح أعمار العينة بين ٣٧-٤٩عاما وقام الباحثون باستخدام الرسام الكهربائي للمخ . والمقابلة التشخيصية . واتضح من النتائج أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في كل من زيادة نسبة حدوث نوم REM ونشاط نوم REM وطول فترة نوم REM والثقل النوعي لنوم REM لصالح المجموعة التجريبية .

دراسة *Mellman* وآخرين (١٩٩٥،أ) بعنوان اضطرابات النوم وعلاقتها بالضغوط التالية للصدمة . بلغت العينة ٥٤ (١٢من الذكور و٤٢من الإناث) متوسط أعمارهم ٤٠,٤ عاما ممن تعرضوا لإعصار أندروا عام ١٩٩٢وقد اعتمد الباحثون علي DSM-III-R وقائمة بستبرج لفحص النوم وقد كان ٣٥% من العينة يعانون من الضغوط التالية للصدمة و ٣٠% يعانون من الاكتئاب و ٢٠% يعانون من القلق ، وتم اختيار ٣١ مفحوصا ممن يعانون من الأعراض السيكاترية و ٢٣من لا يعانون من الاكتئاب و ٢٠% يعانون من القلق ، وتم اختيار ٣١ مفحوصا ممن يعانون من الأعراض السيكاترية و ٢٣ ممن لا يعانون من الأعراض السيكاترية . وتم اختيار ١٠ ممن تعرضوا للإعصار (٤ من الذكور – ٦ من الإناث) و٩ من الأسوياء لفحص اضطرابات النوم لديهم . وتم التوصل إلي :

١- وجود فروق دالة إحصائيا بين من يغانون من الأمراض النفسية ومن لا يعانون من الأمراض النفسية في كل من جودة النوم وكفاءة النوم لصالح من يعانون .
٢- وجود فروق دالة إحصائيا بين من يعانون ومن لا يعانون في كل من كثرة الاستيقاظ والكوابيس والشخير واستعادة الأحلام المفزعة لصالح من يعانون .
٣- وجود فروق دالة إحصائيا بين من تعرضوا للإعصار والأسوياء في كل من كثرة الاستيقاظ أثناء النوم والاستيقاظ قبل مرور ساعة من الدخول في النوم ، وقبل الدخول في المرحلة الأولي من النوم لصالح الذين تعرضوا للإعصار .
٤- وجود علاقة دالة إحصائيا بين وفرة نوم **REM** والأمراض السيكاترية لدي من تعرضوا للإعصار .

دراســـة *Mellman* وآخرين (ب،١٩٩٥) وموضـــوعها علاقة أحداث النوم بالضغوط التالية للصدمة لدي الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام حيث بلغت العينة ٥٨ قسمت إلي مجموعتين المجموعة الأولي ٣٧ ممن يعانون من الضغوط التالية للصدمة والثانية ممن لا يشكون من الضغوط، ويتراوح أعمارهم بين ٣٩-٤٨ عاماً، والمجموعة الثالثة من الأسوياء وبلغت ٨ من الذكور، واعتمد الباحثون علي السـجلات اليومية للنوم والسـجل الكهربائي للنوم والسجل الكهربائي لحركات العين . وتوصلوا إلي :

١- وجود فروق دالة إحصـــائيا بين المجموعتين الأولي والثانية في كل من أعراض الأرق والكوابيس والهياج والفزع أثناء النوم والهلاوس لصالح المجموعة الأولي.

٢- وجود فرق دالة إحصـــائيا بين المجموعة الأولي والثالثة في كل من كفاءة النوم ووقت اليقظة والاستيقاظ المتكرر ، ومرحلة النوم رقم ١ لصالح المجموعة الأولي .

٤- دراسات تناولت علاقة اضطرابات النوم بالأمراض النفسية

دراســـة *Berrettini* (١٩٨٠) موضـــوعها ذهان البارانويا في علاقته بتوقف التنفس أثناء النوم . دراسة حالة لرجل عمره ٣٣ عاما ، أعزب ، دخل المستشفي بعد تكرار تهديده لوالده بطعنه بالسكين ، وهو في عمر ٢٤ عاما دخل المســتشــفي للعلاج من القلق والاكتئاب ، وشــخص أن إذ باضــطراب الشخصية الفصامية وهو حاصل علي الثانوية العامة ، ويعمل منذ ٨ سنوات ، ويعيش مع والديه ، وليس له ســوي ندرة الأصـــدقاء ، ويبلغ وزنه ٨٠ كيلو جرام ، ويعاني من الشخير ، وتوقف النفس أثناء النوم مع زيادة وزنه ، وليس له تاريخ مع الإدمان ، وظهرت لديه مشــكلة غفوات النوم خلال النهار ويبدو عليه الشعور بالإرهاق البدني وزيادة الوزن حتى وصل إلي ١٤٠ كجم ، ولم تتأثر قدراته العقلية ، وقد أدي العلاج الطبي إلي تحسن حالته النفسية ونقص وزنه إلي ١٠٠ كجم ، وانخفضت كل غفوات النوم والشخير وتوقف التنفس أثناء النوم.

دراســـة *Bliwise* وآخرين (١٩٨٦)بعنوان الأرق وعلاقته بالعمر . حيث بلغت العينة ٢٩٢ من مرضـــي الأرق ممن تتراوح أعمارهم بين ١٦-٦٥ عاماً . وقد تم تطبيق اختبار الشــخصــية المتعدد الأوجه (MMPI)علي العينة واتضح من النتائج :

١- عدم وضــوح الأعراض النفســية المميزة للأرق في عينة المســنين ووضوحها لدي الأعمار الأقل (مجموعة الراشدين) وذلك من خلال الدرجات علي المقاييس الفرعية في اختبار *MMPI* .
٢- أظهرت مجموعة المسنين سيكوباثولوجية أقل من الراشدين.
٣- وتـأكد عزو الأرق في مجموعـة المســنين للتغيرات الفســيولوجيـة المصـاحبة للتقدم في العمر، وللمشـكلات النفسـية في مجموعة الأقل عمراً .

دراسة *Vlasov & Yadgarov*(١٩٨٦) وموضوعها خصائص النوم لدي مضـطربي النوم من الراشـدين والمسـنين. بلغت العينة ٥٣ من مرضـي الأرق. (٢٤ تتراوح اعمارهم بين ٤٥-٥٩ عاما و ٢٩ ممن تتراوح أعمارهم بين ٦٠ - ٧٤ عـامـاً) . وتم اســتخدام الأدوات التـاليـة: جهـاز رســم المخ EEG.والمقابلة الإكلينيكية. واختبار التوافق لبرزهاين. وقد تبين من النتائج:
١- اضطراب إيقاع النوم لليقظة كان الأكثر شيوعاً.
٢- وجود اضــطراب في مســتوي أداء الوظائف غير النوعية للمخ لدي عينة المســنين وقد عزي ذلك الاضــطراب إلي طول مدة المرض والتقدم في العمر.
٣- انخفاض الدرجة علي مقياس التوافق.

دراســة *EZ-Eldin* (١٩٨٧) - دراســة نظرية - موضــوعها الخصـائص النفسية والفسيولوجية والمرضـية للنوم ، وتناولت الدراسـة أنماط النوم واضـطراباته ومظاهره الفسـيولوجية وارتباطه بسـمات الشـخصـية وتم التوصـل إلي أن الذين ينامون مدة أقل من ست سـاعات يتميزون بدرجة علية من القلق والاستعداد للعصـاب ، كما يعتبرون أنفسـهم مسئولين عن تصرفاتهم وسـلوكهم ، ويبدو عليهم النشــاط والحيوية ، أما أولئك الذين ينامون أكثر من تســع ســاعـات فإنهم قدريون يعللون أحداث حياتهم لعوامل خارجية كالقدر والحظ وقد تبين من النتـائج أيضــاً أن هنـاك علاقـة بين اضــطرابات النوم والاضطرابات الوجدانية على النحو التالي في الاكتئاب يظهر اضطراب النوم في شكل صعوب الدخول في النوم أو الاستمرار فيه ونقص عدد ساعات النوم وقصـر المدة التي تسـبق ظهور نوم REM ونقص مرحلتي النوم العميق (٣ ،٤) ونقص نشــاط موجات دلتا ، وفي الهوس يكون المريض غير قابل للنوم ويمكنه المحافظة على نشاطه وحيويته لمدة يومين دون شكوى من نقص كمي النوم، وفي الفصــام يتميز النوم بنقص كل من عدد ســاعاته ونوم REM

وقصر المدة التي تسبق نوم REM ونقص مراحل النوم العميق (٣ ،٤) كما يرتبط ظهور الأحلام المزعجة والكوابيس الليلي باقتراب ظهور الحالة الذهانية الحادة.

دراسة *Arriaga* وآخرين (١٩٩٦) بعنوان خصائص النوم لدى مرضى القلق والفوبيا الاجتماعية وقد بلغت العينة ٦٩ من الذكور و٨ من الإناث ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٤ – ٤٧ عاما ممن يعانون من الأرق والإرهاب الاجتماعي لمد تقع بين ٢ ٨ سنوات وتم تشخيصهم حسب DSM-IV (١٩٩٣) ومجموعة من الأسوياء تتكون من ١٤ من الجنسين الأسوياء الذين لا يتناولون العقاقير المهدئة أو الإدمان ومتوسطي التدخين (١٠سجائر يوميا) والكافيين (٢٠٠ ملجم يوميا) وعدم وجود شكوى من اضطراب إيقاع النوم واليقظة قبل إجراء الدراسة بثلاث شهور وقد أُستخدمت الأدوات الآتية:

١- مقياس هاملتون لتقدير القلق.
٢- مقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب.
٣- مقياس بيك لتقدير الاكتئاب.
٤- جهاز **EEG** .

وتبين من النتائج:

١- وجود فروق دالة في زيادة فتر اليقظة لصالح المجموعة التجريبية .
٢- وجود فروق دالة في نقص مرحلتي النوم ٣ ، ٤ لصالح المجموعة التجريبية.
٣- عدم وجود فروق في مدة استمرار النوم وفترة الكمون ومرحلتي النوم ١ ، ٢ وكمية نوم **REM** وفترة كمونه.

دراسة *Ahmed* (١٩٩١) – دراسة نظرية - موضوعها علاقة اضطرابات النوم بالأمراض النفسية والعصبية ، وعرضت دور اضطرابات النوم في تشخيص الأمراض النفسية وكيفية علاجها وتوصلت إلى دور اضطرابات النوم في تشخيص الاضطرابات الوجدانية فقصر المدة بين الدخول في النوم والنوم المصحوب بحركة العين السريعة تعد علامة بيولوجية في الاكتئاب . كما أن صعوبة الدخول في النوم واستمراره ونقص فعاليته وزيادة معدل اليقظة تمثل أعراض القلق . وانخفاض معدل النوم يميز عادة حالات الفصام وارتباط ظهور اضطرابات النوم في أمراض المخ العضوية والصرع.

دراسة *Asaad,T* (١٩٩٥) وتدور حول نتائج الفحص بجهاز تخطيط النوم المتعدد لمرضى اضطراب الوسواس القهري وهي تهدف إلى تقييم الجانب المتعلق بالنوم لديهم. وشملت العينة ١٠ من المرضى وفقاً للتصنيف الولي للإمراض النفسية الجزء العاشر وطبق الباحث عليهم استبيان فحص النوم بالإضافة لتخطيط النوم المتعدد. و١٠ أشخاص من الأسوياء (مجموعة ضابطة) وتوصلت الدراسة إلى وجود نقص في كفاءة النوم لدى مجموعة المرضى وقلة الفترة الزمنية بين بداية النوم وظهور نوم REM وزياد ساعات اليقظة . وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في مراحل النوم المختلفة.

دراسة *Hoffstein* وآخرين (١٩٩٤) موضوعها الشخير : بين الوعي الذاتي وتقديرات الملاحظين . وهدفت لمعرفة صدق إدراك الفرد للشخير ومقارنته بإدراك الوسائل التكنولوجية وقد بلغت العينة ٦١٣ مريضا بالشخير وتوقف التنفس أثناء النوم ممن تتراوح أعمارهم بين ١٤ – ٨٧ عاما وتم تقسيم العين إلى ثلاث مجموعات فرعي حسب شدة الاضطراب (خفيف – متوسط – شديد) وتبين من النتائج ما يلي :

١- كانت معظم العينة غير واعية ولا مدركة لسلوك الشخير.
٢- وجود ارتباط دال موجب بين الشخير المتوسط وتقدير الوسائل التكنولوجي لقياس الشخير.
٣- لم يتحسن إدراك احد من مجموعة الشخير الشديد .
٤- معظم المجموعة التي ادعت قدرتها على الحكم في الشخير تباين إدراكهم عن إدراك الملاحظين.

دراسة *Haimov & Lavie* (١٩٩٧) وموضوعها : خصائص إيقاع النوم لدى الراشدين والمسنين، وقد بلغت العينة ١٧ من المسنين ممن يتراوح أعمارهم بين ٦٥ – ٧٨ عاما و٨ من الراشدين ممن تتراوح أعمارهم بين ١٩ – ٢٦ عاما واعتمد الباحثان على السجل الكهربائي للمخ وجهاز تسجيل حركات العين ، وتبين من النتائج: وجود فروق دالة إحصائياً بين الراشدين والمسنين في كل من كفاءة النوم ومرحلتي النوم ٣ ، ٤ وزيادة نوم REM لصالح الراشدين.

ثانيا : دراسات اهتمت بالجوانب النفسية المختلفة المصاحبة لمرحلة الشيخوخة

١ - دراسات اهتمت بخصائص مرحلة الشيخوخة :

دراسة مديحه العزبي (١٩٨٨) وموضوعها العلاقة بين نظرة المسنين إلى التقدم في العمر والرضا عن حياتهم . وبلغت عينة الدراسة ٢٧ وتم تطبيق مقياس نظرة المسنين إلى التقدم في العمر والرضا عن الحياة . ومقياس اتجاهات المسنين نحو الشيخوخة . وتوصلت إلى وجود علاقة ايجابية بين اتجاهات المسنين نحو الشيخوخة ومقدار الرضا عن الحياة وتقبل الذات والآخرين والعمر الزمني والانجازات التي حققوها ، ووجود اتجاهات سلبية نحو الشيخوخة. دراسة *Hidayet* وآخرون (١٩٨٣) وكان موضوعها سمات الشخصية لدى المسنين بدور الرعاية. وبلغت العينة ١٥٢ واعتمدوا على مقياس ميدل سكس للشخصية . ودلت النتائج على وجود ارتباط موجب بين كل من التقدم في السن والأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب والوسواس القهري والهستيريا والأعراض النفس جسمية. دراسة مرفت رمضان (١٩٨٤) حول صراع الدور لدى المسنين وعلاقته مفهوم الذات والتوافق النفسي . وبلغت العينة ٢٦ من المسنين المتقاعدين و١٣ من المسنين العاملين . وتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين المجموعتين في الاستقرار الانفعالي ومفهوم الذات في اتجاه العاملين . وجود ارتباط موجب في الإحساس بالنشاط والحيوية والقيمة والتفاؤل والاهتمام بالمظهر لصالح العاملين .

دراسة سوسن عبد الهادي (١٩٩٣) بعنوان وجهة الضبط وتأكيد الذات لدى المسنين وعلاقتها بالتقاليد ومكان الإقامة . بلغت العينة ١٢٠ من المقيمين بدور الرعاية والأسر الطبيعية. وتوصلت النتائج إلى وجود فروق في وجهة الضبط بين المسنين العاملين والمتقاعدين . وجود فروق في وجهة الضبط وتأكيد الذات بين المسنين في دور الرعاية وفي الأسر الطبيعية.

٢- دراسات تناولت مرض الاكتئاب في مرحلة الشيخوخة:

دراسة سهير أحمد (١٩٨٧) بعنوان الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين في مصر والسعودية وبلغت العينة ٢٠ من المتقاعدين و ٢٠ من العاملين (مصريين) ، و٢٠ من المتقاعدين (السعودية). وتوصلت النتائج إلى قلة شعور مجموعة المسنين العاملين بالاكتئاب . ارتفاع درجات المسنين المتقاعدين على مقياس الاكتئاب وانخفاض روحهم المعنوية وزيادة إحساسهم باليأس.

دراسة سهير أحمد (١٩٩٠) موضوعها الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة . بلغت العينة ١٠ من المسنات الموجودات بدور الرعاية و ١٠ من الموجودات في أسرهن الطبيعية ودلت النتائج على وجود فروق في توهم المرض والاكتئاب والبارانويا والسيكاثينيا والانطواء الاجتماعي في اتجاه الموجودات بدور الرعاية ، وفي الهستريا والهوس الخفيف في اتجاه الموجودات في الأسر الطبيعية.

دراسة *Rashed* وآخرون (١٩٨٥) حول العلاقة بين الاكتئاب والعته لدى المسنين ، وبلغت العينة ٤٥ ممن يعانون من الاكتئاب والعته و٢٠ من الراشدين الذين يعانون من الاكتئاب . وتوصلت النتائج إلى وجود أعراض الاكتئاب والعته لدى المسنين بنسبة ٨٠% وارتفاع الدرجة على الأرق في قائمة بيك للاكتئاب.

دراسة حسين سعد الدين (١٩٨٩) حول نمط العلاقة بين التعطل عن العمل وبعض السمات الانفعالية والنفسية للمسنين. لغت العينة ١٠٠(٥٠ من المتقاعدين و٥٠ من العاملين بعد التقاعد . وتوصلت إلى وجود فروق في القلق والاكتئاب لصالح غير العاملين . وفي التوافق النفسي لصالح العاملين .

دراسة*Lisa & Kimmo* (١٩٨٨) حول الاكتئاب لدى كبار السن ، بلغت العينة ١٥٢٩ من المسنين من الجنسين وتوصلا إلى وجود أعراض الاكتئاب التالية: الأرق و نقص الاهتمام بالعمل ونقص النشاط والحيوية وزيادة القلق والشكاوى النفسجسمية.

دراسة نبيل الفحل(١٩٩٠)بعنوان متغيرات الشخصية وارتباطها بالاكتئاب لدى المسنين من الجنسين ، وبلغت العينة ٥٨ من المسنين و٣٠ من المسنات . وتوصل إلى وجود فروق بين الجنسين في الاكتئاب والانبساطية والذهنية والعصبية في اتجاه المسنات .

دراسة *El-khouly* وآخرون (١٩٩٣) حول الاكتئاب لدى المسنين وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية . وبلغت العينة ٤٦ من مرضى الاكتئاب . وأشارت النتائج إلى سيطرة مشاعر التوهم المرضي وفقدان الوزن وقلة الحركة وزيادة التعرض لمصاعب الحياة وزيادة لوم الذات والأفكار الانتحارية.

٣- دراسات تناولت الذكاء في مرحلة الشيخوخة:
دراسة عزت إسماعيل (١٩٨٤) حول التغيرات المصاحبة للشيخوخة. بلغت العينة ٨٠ من الراشدين و ٥٣ من المسنين . وتوصل إلى وجود فروق بين الراشدين والمسنين في الذاكرة المنطقية والاستعادة البصرية والقدرة على استيعاب المعلومات اللفظية واستعادتها والقدرة على استعادة البيانات المكانية.
دراسة ماجدة حامد (١٩٨٧) حول تنظيم الذاكرة لدي المسنين . وبلغت العينة ١٥ من المسنين و١٥ من الراشدين . وتوصلت إلى وجود فروق في التذكر اللفظي لصالح الراشدين.
دراسة محمد عبد الفتاح (١٩٨٨) حول القدرات العقلية وعلاقتها بمفهوم الذات لدى المسنين . وبلغت العينة ٥٠ من المسنين المقيمين بدور الرعاية . وتوصل إلى وقوع نسب الذكاء في المدى المتوسط سواء للذكاء اللفظي أو العملي أو الذكاء الكلي. وجود فروق بين المسنين بدور الإقامة والمقيمين في أسرهم في مفهوم الذات لصالح المقيمين في الأسر. وجود علاقة بين القدرات العقلية ومفهوم الذات.
٤- دراسات تناولت الاحتياجات النفسية في مرحلة الشيخوخة
دراسة محمد الصاوي (١٩٧٧) حول الاحتياجات النفسية للمسنين من العاملين بالتربية والتعليم وبلغت العينة ١٥٠ (٥٠ من العاملين بعد التقاعد و ٥٠ من المسنين لا يعملون و ٥٠ من الراشدين). وتوصل إلى وجود فروق في الاحتياجات التالي : المعاضدة والنظام والمدافعة والمعرفة ولوم الذات في اتجاه المتقاعدين . ولصالح العاملين بعد التقاعد في التغلب على الصعاب وتجنب الأذى والإنجاز والجنسية الغيرية والسيطرة والترويح.
دراسة شاهيناز عبد الهادي (١٩٨٦) بعنوان الحاجات النفسية للمسنين . بلغت العينة ٣٠ ممن الذكور و٢٠ من الإناث . وتولت إلى أن الحاجات النفسية هي الرعاية الصحية الآمن و التقدير وتجنب الاعتماد على الآخرين والاندماج والترويح والمساعد وضبط الانفعالات والانجاز والفهم من قبل الآخرين واكتساب مهارات جديدة .
دراسة سعيدة أبو سوسو (١٩٩٠) حول الحاجات النفسية للمرأة المسنة. بلغت العينة ٣٠ من المسنات و٣٠ من الراشدات. وتولت إلى وجود فروق بين المجموعتين في الحاجات التالية: الانجاز والاستعراض والاستقلال الذاتي والتأمل الذاتي والمعاضدة والعطف لصالح المسنات.

٥- دراسات تناولت التوافق النفسي في مرحلة الشيخوخة:

دراسة محمد درويش (١٩٨٥) حول علاقة اختلاف مستوى السن والإقامة بمستوى التوافق لدى المدرسين المتقاعدين . بلغت العينة ١٨٠ (٩٠ من المتقاعدين في العاصمة و٩٠ من المتقاعدين في الأقاليم) وتوصلت إلى انخفاض مستوى التوافق النفسي مع التقدم في العمر . زيادة توافق المسنين في الأقاليم .

دراسة محمد عبد الحميد (١٩٨٧) بعنوان العلاقات الأسرية للمسنين وتوافقهم. بلغت العينة ٧٠ أسرة (٣٥ أسرة تجريبية و٣٥ أسرة ضابطة . وتوصلت إلى وجود اتجاهات سلبية للزوجات نحو تقاعد الأزواج. رفض الأبناء والآباء للتقاعد في سن المعاش .

دراسة مصطفي مظلوم (١٩٨٧) حول مقارنة مستوى التوافق لدي المسنين مع أسرهم وفي دور الرعاية . بلغت العينة ٣٠ من المقيمين بدور الرعاية و٣٠ من المقيمين مع أسرهم . وتوصلت إلى وجود فروق بين المجموعتين في التوافق النفسي لصالح المقيمين مع أسرهم.

دراسة على الديب (١٩٨٨) حول العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم بالعمل . بلغت العينة ١٠٦ من المسنين . وتوصلت إلى أن المسنين من الجنسين الذين يعملون بعد الإحالة للتقاعد أكثر توافقا ورضا عن الحياة من غير العاملين.

دراسة محمد عبد المقصود (١٩٨٩) حول المتغيرات المرتبطة بالتوافق لدي المسنين. بلغت العينة ٦٤ من المحالين للتقاعد. وتوصل إلى وجود ارتباط سالب بين التوافق النفسي ومفهوم الذات والاتجاهات نحو الشيخوخة . وجود فروق دالة بين مرتفعي ومنخفضي التوافق في مفهوم الذات والاتجاهات نحو الشيخوخة .

دراسة عبد الحميد شاذلي (١٩٩٠) حول توافق المسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية. وبلغت العينة ٨٠ من المسنين من الجنسين. وتوصلت إلى وجود فروق لصالح المسنين مرتفعي التوافق في تحقيق الذات. وعدم وجود فروق بين الجنسين في الروح المعنوية.



الفصل الخامس

الدراسة الميدانية



مشكلة الدراسة:

تنتشر اضطرابات النوم لدى أطفال الأسر والمؤسسات بنسبة تتراوح بين ١٥ – ٣٥ % وأكثرها شيوعاً الأرق والذي يسبب معاناة شديدة للوالدين واحتكاك الأسنان أثناء النوم وأرجحة الرأس والشخير، والفزع الليلي والمشي خلال النوم وفرط النوم واضطراب إيقاع النوم واليقظة (*Empson:1993*) وأكثرها شيوعاً الأرق والذي يسبب معاناة شديدة للوالدين، واحتكاك الأسنان أثناء النوم وأرجحة الرأس، والشخير (*Stores*:1991)، والفزع الليلي، والمشي خلال النوم وفرط النوم واضطراب إيقاع النوم واليقظة (*Banuob* :1987).

وتنتشر هذه الاضطرابات لدي الراشدين والمسنين بنسبة أكثر من ١٥% وتبدو الفروق واضحة لصالح الإناث والمسنين في معدلات انتشارها، ويصعب تشخيصها لتلازمها مع الأمراض النفسية باعتبارها أحد الأعراض المميزة لتلك الأمراض ولتأثرها بشدة المرض وبالتقدم في العلاج النفسي، كما أنها تصبح أمراضاً نقية غير مرتبطة بالمرض النفسي وتصنف في هذه الحالة ضمن اضطرابات النوم المزمنة التي لا تعزي لما سبق (*Fisher*:1994) .

وتوصلت الدراسات الوبائية إلي أن معدلات انتشار أعراض الأرق في الكويت لدى الراشدين بلغت من ١٢،٣%- ٢٦،٨ لدى الذكور، و٢٦،٣ %-٣٨،٨ % لدى الإناث (أحمد عبد الخالق:٢٠٠٧)، كما درس أحمد عبد الخالق معدلات انتشار اضطرابات النوم لدى طلاب المدارس الثانوية بالكويت وتوصل إلى أن نسبة قدرها ١% - ٣٧،٥ %يعانون من مشكلات النوم (أحمد عبد الخالق:٢٠٠١).

وفي ولاية فلوريدا بأمريكا الشمالية ٢٥ % وفي ولاية لوس أنجلوس ٤٢ % (*Hamouda*:1993). وفي ثلاث مدن أمريكية وجد أن ٥١% من المسنين لديهم مشكلات مرتبطة بالنوم وأن ٣٤ % منهم أقروا بوجود معاناة

من الأرق (*Foley*,et al :1995)، وفي شـمال النرويج وجد أن ٤٢ % من النساء و ٣٠ % من الذكور يشكون من الأرق شتاءاً و ١٨ % من النساء و ٩ % من الذكور يعانون منه بصـــفة دائمة طول العام (*Huseby* & *Lingiaerade*:1990). وفي السـويد وجد أن ١٤ % يعانون من الأرق و ١٧% من فرط النوم و ١٦% من الشخير (*Gislason*:1987). وفي بلجراد يشـــكو ٣٥ % من الـذكور و ٤٠ % من الإنـاث يشـــكي من الأرق (*Nilssen,et a*l:1997). وفي بريطـانيـا قرر ٣٥ % من المســنين وجود مشكلات مرتبطة بالنوم وأنهم يتناولون عقاقير منومة لمواجهتها (Hohagen ,et al:1994). كما وجد في ألمانيا الغربية أن ٤ % من المســنين و٢٠ % من الراشدين يتناولون المنوم وأن ٤٥ % من الرجال في اسكوتلاندا يتناولون المنوم إلي جانب المواد المخدرة لمواجهة مشكلات النوم، وفي فرنسا وجد أن ١٠ % من عينـة مقدارهـا ألفاً يتناولون المنوم وأن ٦ % منهم يعتمدون عليه بصـــفة دائمة، ويزيد الاعتماد عليه مع التقدم في العمر (*Empson*:1993). وفي سويسرا وجد أن ٥٠ % من الراشدين لديهم شكوى من الأرق، كما قرر ٧ % من الذكور و١٢ % من الإناث اضطراب نومهم بصفة دائمة (ألكسندر بوربلي:١٩٩٣). وفي السـعودية ذكر ٣٨ % من طلاب الجامعة أنهم يعانون من اضطراب النوم (عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم : ١٩٩٦). وينتشر الأرق لدى اليابانيات بنســـبة ١١،٢ %، وقدر من يتناولون العقاقير المنومة لمواجهة اضطرابات النوم بنسبة ١٦،٨% (*Kageyama*,et al:1997). كما انتشر الأرق بنسبة ١١،٢ % أيضاً لدى عينة من الكنديين، ووجدت أعراض الأرق بنسبة ٣٦،٢% لدى كل من الراشدين والمسنين وكانت نسبة انتشار كل من صـعوبة الدخول في النوم ٥،٥ % والاسـتيقاظ المبكر في الصـباح ٥% وصـــعوبة المحافظة علي اســـتمرار النوم ١٥،٥% . (*Ohayon ,et al* :1997). هذا فيما يخص الشـكوى العامة من اضـطرابات النوم أو الأرق أما بقية أنماط اضطرابات النوم ، فان فرط النوم يوجد بنسبة ٣،٨% - ٥% لدى مجموع الســكان(*Guilleminault&Roth*:1993).والكوابيس الليلية تحدث من ٤ إلى ٨ مرات ســنوياً لدي طلاب الجامعة ومرة أو مرتين في العام لدي الراشدين والمسنين(*Hartman*:1993) ، وغشية النوم *Narcolepsy* يوجد بنسبة ٦% علي مستوي العالم وسبة ١٦% في اليابان ، وفي أمريكا حوالي ربع مليون يعـانون من الإصــــابـة بـه وأن كـان يعزى بهـا لاحتمـال اقترانـه بـالأمراض العصـــبيـة ، كمـا ينتشـــر هذا الاضـــطراب لـدى الـذكور عن

الإناث(*Rosenthal*:1993). وفي استفاء تم إجراؤه في بريطانيا قررت نسبة تقدر بحوالي ٢٥% من عامة الشعب أنها مشت خلال النوم مرة واحدة أو أكثر في حياتهم (جون تايلور:١٩٨٥) ، كما أنه ينتشر بنسبة ٤٠% لدى الأطفال فيما بين١٠-١٢ عاماً وبنسبة ٢،٥% لدى الراشدين ، وهو يوجد لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث(*Mahowald*:1993) .

وبهر /توقف/ التنفس يوجد بنسبة من٤-٨% لدى الذكور ومن ٢-٤% لدى الإناث وهو أكثر ارتباطاً بالسمنة ، وتقلص عضلات الأرجل بنسبة تتراوح بين ٥-١٥% لدى الأسوياء ولدى من يعانون من اضطراب إيقاع النوم واليقظة المرتبطة بالعمل في نوبات مختلفة التوقيت بنسبة تتراوح بين ٢- ٥% والفزع الليلي والكوابيس يوجدان بنسبة تتراوح ٤٠ – ٥٠ % لدى الأسوياء و ٤٠ % لدى مرضى غشية النوم ، والشخير يوجد بنسبة تتراوح بين ٤٠ – ٥٠ % لدى الذكور والمسنات فوق عمر ٦٥ عاماً . وبنسبة ١٢،٩% لدى الذكور و ٢١،٥% لدى الإناث ممن يشكين من الأرق وبنسبة ٢٠ % لدى الراشدين في منتصف العمر وفي ايطاليا وجد أن ١٠% من البالغين يصل صوت الشخير لديهم ٨٠ ديسيبل . واحتكاك الأسنان أثناء النوم يوجد بنسبة تتراوح بين ٥ – ٢٠ % كما أن حوالي ٤٠% من المسنين غير راضيين عن نومهم ، ويتناولون العقاقير المنومة لمواجهة مشكلات النوم ، ففي الولايات المتحدة وجد أن ما بين ٦- ٩ مليون من الراشدين يتعاطون واحداً أو أكثر من الأدوية طلبا للعلاج من الأرق . (*Driver&Shapiro*:1993)

ويكاد الباحثون يتفقون علي أن أنماط اضطرابات النوم الأكثر شيوعاً لدى المسنين هي الأرق وتقلص العضلات وتوقف التنفس أثناء النوم وكثرة الاستيقاظ من النوم ليلاً ، وكثرة غفوات النوم نهاراً وعدم الرضا عن كمية النوم *(Mishima,et al:1994)* .

ويجمع كثير من الباحثين علي ارتباط اضطرابات النوم بالأمراض النفسية فقد تبين أن ما يقترب من ٩٥ من كل ١٠٠ شخص يتلازم لديهم الأرق بواحد أو أكثر من الأمراض السيكاترية مثل الفصام والقلق والاكتئاب والوسواس القهري وعته الشيخوخة (*Schramm, et al :1995*) . وكذلك ارتباط اضطرابات النوم بالضغوط التالية للصدمة كما حدث لدى الشعب الكويتي بعد تعرضه للغزو العسكري من العراق عام ١٩٩٠ والذي نتج عنه حوالي ٣٩%من عينة إحدى الدراسات ظهرت لديهم الشكوى من الكوابيس وتناول الكحول لمواجهة مشكلات النوم (أحمد عبد الخالق :١٩٩٣). ، كما

ظهرت الكوابيس لدى الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب فيتنام(*Rosse,et* al:1994) ، وارتبط الأرق بالكوابيس وكثرة الحركة أثناء النوم وظهور أعراض الهلع والإرهاق البدني لدي الجنود الأمريكيين في حرب فيتنام (*Mellman,et al* :1995) .

وحديثا تبين أن الفئات الإكلينيكية أكثر معاناة في الالتزام بالطقوس والعادات في علاقتها باضطرابات النوم، وأن الذهانيين أكثر معاناة من اضطرابات النوم (محمد غانم:٢٠٠٧).

وبعد استعراض معدلات انتشار أنماط اضطرابات النوم وارتباطها بالمرض النفسي والجسمي نخلص إلي ما يلي : تنتشر اضطرابات النوم لدي الراشدين والمسنين بنسب تفوق معدلات انتشارها لدي الأطفال والمراهقين . وأن هناك ارتباطاً بينها وبين الأمراض النفسية والجسمية بحيث تصبح أنماط اضطرابات النوم أحد الأعراض الدالة علي المرض النفسي . لذا نجد صعوبة في تشخيص أنماط اضطرابات النوم النقية ، ونظراً لعدم وجود دراسات تناولت هذه القضية في البيئة المحلية فان الباحث الحالي يقوم بهذه الدراسة .

ويمكن أن يحدد الباحث مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية :

١. ما نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي كل من الراشدين والمسنين (ذكور- إناث)؟
٢. هل توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من الذكور والإناث في عينتي الراشدين والمسنين في نسبة انتشار أنماط لاضطرابات النوم ؟
٣. هل توجد فروق دالة إحصائيا بين عينتي الراشدين والمسنين في نسبة انتشار أنماط لاضطرابات النوم؟
٤. هل توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من الذكور (راشدين ومسنين) والإناث (راشدات ومسنات) في نسبة انتشار أنماط لاضطرابات النوم ؟
٥. هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين كل أنماط اضطرابات النوم وكل من الذهنية والعصبية والانبساطية والمجاراة الاجتماعية والميل للجريمة لدى عينة الدراسة راشدين ومسنين من الجنسين؟.

أهمية الدراسة :

تعد الدراسة الحالية من الدراسات السيكولوجية القليلة التي اهتمت بدراسة أنماط اضطرابات النوم ، ولعلها الدراسة الجامعية الأولى في مصر من حيث موضوعها وطريقة التناول (المنهج) ، وهذه الدراسة تختلف عن الدراسات التي أجريت من قبل وذلك فيما يلي:

- من حيث الأدوات :

لم يتوفر أي أدوات لها معايير في البيئة المحلية في البحوث السيكومترية التي تناولت نماذج من اضطرابات النوم قبل عام ١٩٩٨ – راجع نقدنا لتلك الأدوات في الجوانب السيكومترية للنوم - كدراسة أحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٢)، ومحمود حمودة (١٩٩٣). حيث قدمنا مقياساً مقنناً وأعددنا له المعايير على البيئة المحلية في سابقة غير معهودة في الأطروحات الجامعية (١).

- من حيث العينة:

لم تعن البحوث السابقة بفئتي الراشدين والمسنين ، حيث اعتمدت تلك البحوث على عينة من طلاب الجامعة كما في دراسة أحمد عبد الخالق ومايسة النيال (١٩٩٢)، وكذلك اعتمد محمود حمودة (١٩٩٣) في دراسته على عينة عشوائية كان نسبة طلاب الجامعة فيها ٨٩% .إلا أنه ظهرت مؤخراً دراسة لأحمد محمد عبد الخالق (٢٠٠٧) هدفت لمعرفة معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين.

- من حيث المنهج والمتغيرات المدروسة:

كانت بعض البحوث عبارة عن مقالات نظرية كما في دراسة عز الدين (١٩٨٧)، و بانوب (١٩٨٧) ، وأحمد (١٩٩١) ، وحمودة (١٩٩٣)، وعكاشة (١٩٨٤) (٢) . وكذلك لم تهتم كل الدراسات السابقة بالتعرف على معدلات انتشار أنماط اضطرابات النوم والعلاقة بين أنماط اضطرابات النوم ومتغيرات الشخصية التي ندرسها في البحث الحالي.

الفروض:

١. ترتفع نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي كل من الراشدين والمسنين (ذكور- إناث) لتقترب من النسبة التي حصلنا عليها من الدراسات السابقة؟
٢. توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من الذكور والإناث في عينتي الراشدين والمسنين في نسبة انتشار أنماط لاضطرابات النوم ؟

١- لقد أثارت هذه الخطوة حفيظة أد. السيد أبو شعيشع عضو لجنة المناقشة واعتبرها على حد قوله "فنظزية" .. راجع جلسة المناقشة وملاحظاته التي أبداها على الأطروحة. ولسنا بحاجة للتأكيد على جدية وأهمية هذه الخطوة مما لم يتوقعه ولعله واحدة من دواعي فخرنا في هذه الأطروحة.

٢- كل هذه الدراسات في مجال الطب النفسي ومنشورة باللغة الإنجليزية وهي مثبتة في قائمة المراجع الأجنبية.

٣. توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من الذكور (راشدين ومسنين) والإناث (راشدات ومسنات) في نسبة انتشار أنماط لاضطرابات النوم ؟
٤. توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين كل أنماط اضطرابات النوم وكل من الذهنية والعصبية والانبساطية والمجاراة الاجتماعية والميل للجريمة لدى عينة الدراسة راشدين ومسنين من الجنسين؟.

عينة الدراسة المسحية:

تتكون العينة من الراشدين والمسنين من الجنسين /الذكور والإناث / – من غير المرضى النفسيين بالمستشفيات والعيادات النفسية- ، وتبلغ العينة الكلية ٣٨٨ (٢٨٨ من الراشدين :١٤٤ من الذكور و١٤٤ من الإناث) ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٥٠عاما وكان متوسط العمر ٣١،٦٢ عاما بانحراف معياري ٩،١ لدى الذكور ، وكان متوسط العمر ٢٩ عاما بانحراف معياري ٧،٣ لدى الإناث وقد تم الحصول عليهم من طلاب كلية الآداب جامعة بنها وطلاب الماجستير والدكتوراه بالجامعات المصرية والعمال بمدينة العاشر من رمضان والمهندسين وربات البيوت بمحافظات القليوبية والقاهرة والجيزة . و(١٠٠ من المسنين :٥٠ من الذكور و٥٠ من الإناث) ممن تترامح أعمارهم بين ٦٠-٧٥ عاما وكان متوسط العمر ٦٧ عاما بانحراف معياري ٣،٧ لدى الذكور ، وكان متوسط العمر ٦٨،٤ بانحراف معياري ٥،٢ لدى الإناث وقد تم الحصول عليهم من المقيمين بدور المسنين التابعة للجمعية الخيرية الإسلامية بالسيدة زينب بالقاهرة ، وجمعية الهلال الأحمر ببنها بالقليوبية.

عينة الدراسة الارتباطية:

تتكون من ٥٠ من الراشدين الذكور و٥٠ من الراشدات الإناث ، و٥٠ من المسنين الذكور و ٥٠ من المسنات الإناث ، وقد اشترط الباحث في أفراد العينة ارتفاع درجات واحد من أنماط اضطرابات النوم أو أكثر لدى كل فرد في العينة كما تقاس بمقياس اضطرابات النوم .

خصائص العينة الارتباطية:

١- من حيث التعليم:

جدول رقم (١) يوضح خصائص العينة من حيث التعليم

	عدم القراءة	مؤهل متوسط	طلاب لجامعة	مؤهل عال
الراشدون ذكور	–	٢٠	١٥	١٥
الراشدات إناث	–	١٥	١٢	٢٣
المسنون ذكور	٢٥	١٠	–	١٥
المسنون إناث	٣٠	٥	–	١٥

٢- من حيث الحالة الاجتماعية

جدول رقم (٢) يوضح خصائص العينة من حيث الحالة الاجتماعية:

	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل
الراشدون ذكور	٣٥	١٥	–	–
الراشدات إناث	٢٩	٢٠	–	١
المسنون ذكور	–	–	٢	٤٨
المسنون إناث	–	–	–	٥٠

٣- من حيث العمل:

جدول رقم (٣) يوضح خصائص العينة من حيث العمل:

	يعمل	عاطل
الراشدون – ذكور	٥٠	–
الراشدات – إناث	٤٤	٦
المسنون – ذكور	–	٥٠
المسنون – إناث	–	٥٠

الإحصاء:

١- تم استخدام اختبار دلالة النسبة الحرجة لدلالة الفرق بين نسبتين مستقلتين (صـــلاح الدين علام :١٩٩٣). وذلك لحســـاب النســـبة المئوية لمعدلات انتشار أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين.

٢- تم اســـتخدام معامل ارتباط بيرســـون عن طريق القيم الخام (محمود أبو النيل : ١٩٨٠). وذلك لحســـاب علاقة ارتباط اضـــطرابات النوم لدى الراشـــدين والمســـنين بمتغيرات الشـــخصـــية كما يقيســـها اختبار أيزنك للشـــخصـــية- الذهنية والعصـــبية والانبســـاطية والكذب/ الميل للمجارة الاجتماعية/ والميل للجريمة.

أدوات الدراسة:

- مقياس أنماط اضطرابات النوم.

من إعداد الباحث (راجع الفصل السابع من الكتاب الحالي).

اختبار أيزنك لأبعاد الشخصية:

- الذهنية:

تشير الذهنية إلى قابلية الفرد لتطوير الشذوذ النفسي، وهى ليست درجة متطورة من العصبية ولكنهما بعدان مستقلان وغير مرتبطين، كما أنها ليست هي المرض العقلي أو الذهان، ولكن الذهنيين يكشفون عن درجة مرتفعة على هذا البعد في مقياس أيزنك للشـخصـية، ويوصـف الشـخص الذهني – الذي يحصل على درجة مرتفعة – بأنه عدواني وقاسى ومحبط.، ومكونات الذهنية هي التمركز حول الذات وعدم التأثر بمشـاعر الآخرين والاندفاعية والسـلوك المضـــاد للمجتمع والتصـــلب والجمود وانخفاض الطلاقة (أحمد عبد الخالق: ١٩٩٣، أ).

- العصبية

يقابل نمط العصـبية *Neuroticism* بين مظاهر حسـن التوافق والثبات الانفعـالي وبين اختلال هذا التوافق والتقلب ، وزيـادة ردود الفعل الانفعـاليـة والشكوى من اضطرابات بدنية غامضـة، والعصبية ليست هي الأعصاب بل هي الاســتعداد للإصـــابة به عند توافر شــروط الإصـــابة (أحمد عبد الخالق: ١٩٩٣). ويحتمل أن يتميز العصبيون بالأرق والصداع وفقدن الشهية والقلق وسـهولة الاسـتثارة (جابر عبد الحميد: ١٩٨٦). ولقد اتفقت تعريفات الباحثين على أن العصــبية تنطوي على مقدار هائل من المشــقة النفســية. فقد عرفها " أيزنك بأنها الميل إلى خبرة الانفعالات السلبية، والقابلية للإيحاء، والنزوع إلى

القلق الدائم والتقلبات المزاجية، وضـــعف القدرة على ضـــبط الانفعالات، وسهولة الاستثارة والاندفاعية،والأفراد الحاصلين على درجات مرتفعة على مقاييس العصبية غالباً ما يعانون خللاً في أساليبهم المعرفية، وضعف القدرة على التفكير المنطقي كما يتعرضـون للإصـابة باضـطرابات نفسـية مختلفة كالتوتر العصبي المستمر والاكتئاب والإحباط، والحزن، كما يعانون شكاوى بدنية متكررة، والعصـبية مفهوم قطبي أي يحتل الأفراد مكانة على المتصـل المعبر عنه بدرجات بين العصـبية المتطرفة وقطبها العكسـي وهو الاتزان الانفعالي. ويتسم الأفراد الحاصلين على درجة مرتفعة عليه بالهدوء والقدرة على التحكم في الانفعالات، وتنظيمها، والشـعور بالرضـا، والقدرة على مواجهة الإحباطات، والتغلب على أية صـعوبات، الأمر الذي يكفل لهم التمتع بالصحة النفسية، ومن أبرز التعريفات وأكثرها شمولاً هو التعريف الذي قدمه "كوستا ومكارى بأن العصبية مفهوم يتضمن ستة مظاهر أو سمات نوعية مميزة، وهى القلق (كالخوف والشعور بالهم وسرعة الاستثارة)، والغضب (كالتوتر عند التعرض للاحباطات)، والاكتئاب (كالانقباض والتشاؤم والشعور بالضيق) والاندفاعية (كالعجز عن ضبط الاندفاعات أو التحكم فيها)، والعدائية (كالشعور بالعداء نحو الآخرين)، وسرعة الاستثارة (كضعف القدرة على تحمل الضـغوط والعجز، واليأس، وفقدان القدرة على اتخاذ قرارات صـائبة (كريمة خطاب وساميه سمير شحاته : ٢٠٠٩).

- الانبساط

قدم " كوسـتا ومككارى" في ضـوء نموذجهما تعريفاً للانبسـاط *Extraversion* شامل، أوضحا فيه أن الانبسـاط يتضـمن سـت فئات من السمات يتشابه بعضها مع ما أشارت إليه بعض النماذج المبكرة التي اهتمت بدراسـة الانبسـاط، وهى السـمات : المودة أو الدفء مثل (الميل للصـداقة، والمودة)، والاجتماعية مثل (التوجه نحو الإثارة وحب الحفلات، وتكوين علاقات اجتماعية)، والتوكيدية مثل (الثقة بالنفس، وحب السـيطرة، وعدم التردد) ، والنشـاط مثل (الشـعور بالحيوية وسـرعة الحركة، والاندفاعية والانطلاق) والبحث عن الإثارة مثل (السـعي نحو المواقف المثيرة) ، والانفعالات الإيجابية مثل (الشعور بالسعادة والبهجة والتفاؤل والحب) (كريمة خطاب وسامية سمير شحاته : ٢٠٠٩). ويعد بعد الانبساطية طرفاً لبعد آخر هو الانطواء ويمكن للشخص أن يقترب منه بدرجة كبيرة أو صغيرة ويكون

التوجه الأســــاســـي للفرد خارجيا – تجاه العالم –، أو داخلياً – تجاه الذات - ويتصف الشخص المنبسط بالاجتماعية حيث يحب الحفلات وكثرة الأصدقاء ويحتاج للناس من حوله ليتحاور معهم ، ولا يحب القراءة والدراســـة منفرداً، ويسعى وراء الاستثارة ويتصرف بسرعة ودون ترو، وهو مندفع على وجه العموم، ومغرم بعمل المقالب في الناس وإجاباته حاضـــرة، ويحب التغيير ويأخذ الأمور ببســـاطة ومتفائل وغير مكترث، ويفضـــل المرح والضـــحك، ويكون دائم النشاط والحركة ويميل للعدوان وينفعل سريعاً، ولا يمكنه السيطرة على انفعالاته بدقة، وتبدو عليه الأعراض الهســـتيرية التحولية وضـــيق الاهتمامات وانخفاض مستوى الطموح.

أما الشخص الانطوائي فيتميز بالهدوء والتروي والتأمل والغرام بالكتب والمحافظة على التقاليد والتباعد إلا بالنســـبة لأصـــدقائه المقربين ويميل إلى التخطيط مقدماً ولا يحب الاســـتثارة، ويأخذ الأمور بجدية ويخضـــع مشـــاعره للضـبط الدقيق ويندر أن يسلك سلوكاً عدوانياً ولا ينفعل بسـهولة، ويميل إلى التشـاؤم، ويعطي أهمية للمعايير الأخلاقية ويبدي ميلاً لإظهار أعراض القلق والاكتئاب وعدم الاســتقرار والبلادة والمعاناة من الأرق وتقلب المزاج (جابر عبد الحميد ومحمد فخر الإســـلام: ب ت؛ كالفن هول وجاردنر ليندزي: ١٩٧٨؛ أحمد عبد الخالق: ١٩٩٣، أ) .

- الإجرام (الميل للجريمة)

يتميز الشـــخص الذي يرتفع لديه الميل للجريمة *Criminality* بأنه ذو ميل للسلوك الإجرامي المضاد للمجتمع (كمال دسوقي: ١٩٨٨).

- الكذب (الميل للمجاراة الاجتماعية)

يعرف الكذب *Laying* بأنه ميل للرياء أو التصـــنع والاتجاه لتزييف الإجابة وإخفاء الحقيقة. ومحاولة الظهور بمظهر مقبول اجتماعيا (هانز أيزنك وسبيلبرجر أيزنك: ١٩٩١).

ويتفق الباحث مع الرأي القائل بأن أي شـــخص يمكن أن يكون على أي مكان على متصـل (الذهنية – اللا ذهنية)، أو (الانبســاطية – الانطوائية) أو (العصبية – الاتزان)، ويسهل وصف الشخص طبقاً لمكانه على هذا البناء ذي البعدين (سيد محمد غنيم: ١٩٧٥).

ولقد ظهرت قائمة أيزنك للشـــخصـــية في البيئة العربية مكونة من صـــورتين متكافئتين لقياس العصـــبية والانبســـاطية ويحتويان على مقياســـاً للكذب (جابر عبد الحميد ومحمد فخر الإســـلام :ب ت). واســـتخدم العديد

من الباحثين هاتين الصـــورتين لمعرفة علاقة أبعادهما ببعض المتغيرات الجســمية والنفســية لدى كل من الجنســين من أعمار مختلفة (يســريه بدوي وآخرون :١٩٨١) (محمد كامل وآخرون :١٩٨١)، (كاميليا علي وآخرون :١٩٨١)، (أحمد عبد الخالق :١٩٨١ أ ب ، ج)،(أحمد عبد الخالق ومايسة النيال :١٩٩١)، (نبيل الفحل :١٩٩٠)، (*ElKhouly et ,al* :1993)، (محســن لطفي :١٩٩٥). ولذلك فالمقياس يتمتع باســتخدام واســع في البحوث العربية، وتعد الصورة *EPQ* أكثر انتشارا وهي ما اعتمد الباحث عليها في الدراسة الحالية والتي قام بتقنينها أحمد عبد الخالق .

ثبات الاختبار:

تم حســاب ثبات المقياس بطريقة معامل ثبات ألفا للمقاييس الأربعة على عينة مقدارها ١٣٣٠ (٦٤٠ من الذكور و٦٨٩ من الإناث)، وشـــملت العينة كلا من الطلاب والممرضات والمدرسين والأطباء والمهندسين وتراوح معامل الثبات بين ٠،٤٥ و ٠،٨٠ في المقاييس الأربعة – الذهنية والانبســـاطية والعصبية والميل للمجارة الاجتماعية / الكذب .

صدق الاختبار :

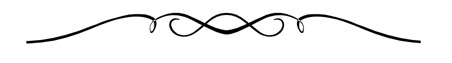
تم حساب الصدق بطريقة الصدق العملي بطريقة المكونات الأساسية لهوتلينج وقد أديرت العوامل بطريقة فاريماكس ثم التدوير المائل بطريقة برماكس وقد دلت النتائج على وجود تشـــبعات عالية لعاملي الانبســـاطية والعصبية وتشبعات منخفضة لعامل الذهنية وبخاصة في عينة الإناث ، وقد تطابقت العوامل بين عينة المصـــريين والانجليز ، وكذلك بين الجنســـين في مصر (هانز أيزنك و سبيلبرجر أيزنك:١٩٧٩).

مكونات الصورة أ من اختبار أيزنك للشخصية :

تتكون الصـــورة التي اعتمد عليها الباحث في دراســـته الحالية من ٩٠ عبارة تقيس الأبعاد التالية : الذهنية تتكون من ٢٥ عبارة ، والعصـــبية تتكون من ٢٣ عبارة ، والميل للجريمة ٣٢ عبارة ، والانبســـاطية تتكون من ٢١ عبارة ، والميل للمجاراة الاجتماعية تتكون من ٢١ عبارة .

طريقة تصحيح الاختبار:

يعطى المفحوص درجة واحدة عن كل عبارة تتفق مع مفتاح التصـــحيح الملائم لها.



نتائج الدراسة وتفسيرها



في محاولة الباحث التحقق من الفروض التي وضعها ، قام بتحديد شدة أنماط اضطرابات النوم ، وتقسيمها إلي خفيف ، ومتوسط ، وشديد ، والفروق بين هذه الفئات تعزي إلي الفروق في الدرجة علي مقياس أنماط اضطرابات النوم بحيث تشير الدرجة التائية أقل من٥٠ إلي نمط اضطراب النوم خفيف ، والدرجة من ٥٠ حتى ٧٠ تشير إلي نمط اضطراب النوم متوسط ، والدرجة من ٧٠ فأكثر تشير إلي نمط شديد من اضطراب النوم ، وذلك في المقاييس الفرعية أو الدرجة الكلية علي مقياس أنماط اضطرا بات النوم .

وسيتم عرض نتائج الدراسة علي نحو يشمل الوصف ثم التفسير والمناقشة . وفيما يلي عرض تلك النتائج وإلي أي مدي تحققت الفروض التي وضعناها:

الفرض الأول:

ترتفع نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي كل من الراشدين (ذكور – إناث) والمسنين (ذكور – إناث)لتقترب النسبة التي الحصول عليها في دراسات أخري .

وللتحقق من ذلك الفرض تم تقسيم أنماط اضطرابات إلي خفيف ،متوسط شديد ثم القيام بحساب النسبة المئوية لكل مستوي من مستويات الشدة لدى عينة الدراسة وذلك ما يتضح لنا من الجداول أرقام (١)، (٢)، (٣).

جدول (١) يوضح النسب المئوية لأنماط اضطرابات النوم
لدي عينة الراشدين (ذكور – إناث)

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (١٤٤)		إناث (١٤٤)		العينة الكلية (٢٨٨)	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الأرق	خفيف	٨٤	٥٨ %	٧٤	%٥٢	١٥٨	٥٥ %
	متوسط	٥٣	٣٧ %	٦٤	%٤٤	١١٧	٤١ %
	شديد	٧	%٥	٦	%٤	١٣	٤,٥ %
فرط النوم	خفيف	٨٣	٥٧ %	١٠٠	%٦٩	١٨٣	٦٣ %
	متوسط	٥٤	٣٨ %	٣٩	%٢٧	٩٣	٣٢ %
	شديد	٧	%٥	٥	٣,٥ %	١٢	٤,٢ %
غشية النوم	خفيف	٦٤	٤٤,٥%	٩٥	%٦٦	١٥٩	٥٥ %
	متوسط	٧٧	٥٣,٥%	٤٣	%٣٠	١٢٠	٤٢ %
	شديد	٣	%٢	٦	%٤	٩	%٣

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (١٤٤)		إناث (١٤٤)		العينة الكلية (٢٨٨)	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
توقف التنفس أثناء النوم	خفيف	١٠٦	٧٤ %	٩٠	٦٢,٥ %	١٩٦	٦٨ %
	متوسط	٣٢	٢٢, %٥	٥١	٣٥,٤ %	٨٣	٢٩ %
	شديد	٦	%٤	٣	%٢	٩	%٣
اضطراب إيقاع النوم واليقظة	خفيف	٦٦	٤٦ %	٨٢	%٥٧	١٤٨	٥١ %
	متوسط	٧٤	٥١, %٤	٦٠	%٤٢	١٣٤	٤٦, %٥
	شديد	٤	%٣	٢	١,٤ %	٦	%٢
الفزع الليلي والكابوس	خفيف	٨٨	٦١ %	٩٢	%٦٤	١٨٠	٦٢, %٥
	متوسط	٤٦	٣٢ %	٤٥	٣١,٢ %	٩١	٣٢ %
	شديد	١٠	%٧	٧	%٥	١٧	٥,٩ %
	خفيف	–	–	–	–	–	–

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (١٤٤)		إناث (١٤٤)		العينة الكلية (٢٨٨)	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
المشي أثناء النوم	متوسط	١	٠,٧ %	٢	١,٤ %	٣	٢%
	شديد	–	–	–	–	–	–
اضطرابات مصاحبة للنوم	خفيف	٨٢	٥٧ %	٧٩	٥٥%	١٦١	٥٦ %
	متوسط	٥٥	٣٨ %	٥٤	٣٧,٥ %	١٠٩	٣٨ %
	شديد	٧	٥%	١١	٨%	١٨	٦,٢ %
اضطراب النوم الذي يعزي لظروف خارجية	خفيف	٨٥	٥٩ %	٧٣	٥١%	١٥٨	٥٥ %
	متوسط	٥٠	٣٥ %	٦٢	٤٢,٥ %	١١٢	٣٩ %
	شديد	٩	٣,٦ %	٩	٣,٦ %	١٨	٦,٢
الدرجة الكلية	خفيف	٨١	٥٦,٣%	٧٥	٥٢%	١٥٦	٥٤ %

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (١٤٤)		إناث (١٤٤)		العينة الكلية (٢٨٨)	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
	متوسط	٥٤	٣٧,٥%	٦٣	٤٣,٥ %	١١٧	٤١ %
	شديد	٩	٦,٢ %	٦	٤,٢ %	١٥	٥,٢ %

يتضح من الجدول (١) أن انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي الذكور هي. الأرق الخفيف ٥٨% والمتوسط ٣٧% والشديد ٥% ، وفرط النوم الخفيف ٥٧% والمتوسط ٣٨%والشديد ٥% ، وغشية النوم الخفيف ٤٤,٥% والمتوسط ٥٣,٥% والشديد ٢% ، وتوقف التنفس أثناء النوم الخفيف ٧٤% والمتوسط ٢٢,٥% والشديد ٤% واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف ٤٦% والمتوسط ٥١,٤% والشديد ٣% والفزع والكابوس الخفيف ٦١% والمتوسط ٣٢% والشديد ٦,٩% . والمشي أثناء النوم الخفيف صفر والمتوسط ٠,٧% والشديد صفر ، والاضطرابات المصاحبة للنوم الخفيف ٥٧% والمتوسط ٣٨% والشديد ٥% ، واضطراب النوم الناتج عن ظروف خارجية الخفيف ٥٩% والمتوسط ٣٥% والشديد ٦,٢% ، والدرجة الكلية علي مقياس أنماط اضطرابات الخفيفة ٥٦,٣% والمتوسطة ٣٧,٥% والشديدة ٦,٢%. وأن نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي الإناث الراشدات هي : الأرق الخفيف ٥٢% والمتوسط ٤٤% والشديد ٤% ، وفرط النوم الخفيف ٦٩% والمتوسط ٢٧% والشديد ٣,٥% ، وغشية النوم الخفيف ٦٦% والمتوسط ٣٠% والشديد ٤% ، وتوقف التنفس الخفيف ٦٢,٥% المتوسط ٣٥,٤% والشديد ٢% ، واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف ٥٧% والمتوسط ٤٢% والشديد ١,٤% ، والفزع الليلي والكابوس الخفيف ٦٤% والمتوسط ٣١,٢% والشديد ٥% ، والمشي أثناء النوم الخفيف صفر والمتوسط ١,٤% والشديد صفر ، والاضطرابات المصاحبة للنوم الخفيف ٥٥% والمتوسط ٣٧,٥% والشديد ٨%، واضطراب النوم الذي يعزي

لظروف خارجية الخفيف ٥١% والمتوسط ٤٢,٥% والشديد ٣,٦% ، والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم الخفيف ٥٢% والمتوسط ٤٣,٥% والشديد ٤,٢%. وفيما يخص العينة الكلية من فئة الراشدين (ذكور – إناث) فإن نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لديهم كانت كما يلي الأرق الخفيف ٥٥% والمتوسط ٤١% والشديد ٤,٥%، وفرط النوم الخفيف ٦٣% والمتوسط ٣٢% والشديد ٤,٢% ، وغشية النوم الخفيف ٥٥% والمتوسط ٤٢% والشديد ٣% ، وتوقف التنفس الخفيف ٦٨% والمتوسط ٢٩% والشديد ٣% واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف ٥١% والمتوسط ٤٦,٥% والشديد ٢% ،والفزع الليلي والكابوس الخفيف ٦٢,٥% والمتوسط ٣٢% والشديد ٥,٩% ، والمشي أثناء النوم الخفيف صفر والمتوسط ٢% والشديد صفر ، والاضطرابات المصاحبة للنوم الخفيف ٥٦% والمتوسط ٣٨% والشديد ٦,٢% ، واضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية الخفيف ٥٥% والمتوسط ٣٩% والشديد ٦,٢%، والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم الخفيف ٥٤% والمتوسط ٥٤% والشديد ٥,٢%.

ومن خلال استعراض الدراسات السابقة لم نجد كثيرًا منها قد عني ببحث شدة أنماط اضطرابات النوم ، لذا سيكون من العسير مقارنة نتائج الدراسة الحالية بالدراسات السابقة ، غير أننا سنعتبر أن نمطي اضطراب النوم المتوسط والشديد يقعان في المستوي المرضي ، ومن ثم فإن نسبة انتشار نمط الأرق المتوسط والشديد لدي الذكور الراشدين كانت ٣٧% و ٥% وهي أكبر مما جاء بدراسة *Hammouda* (١٩٩٣) حيث كانت نسبة الانتشار ٢٥,٦% ، وأكبر مما توصل إليه *Nilsson. et .al.* (١٩٩٧) فقد كانت النسبة ٢١% في عينة من النرويج ، وبنسبة ٨١,٤%لدى عينة من روسيا ، وأكثر مما توصل إليه *Husby & lingjraerde* (١٩٩٠) حيث كانت نسبة الانتشار ٩% . وتقترب النسبة الحالية من دراسة ويب وكارترايت(١٩٧٨) حيث توصلا إلى أن ٦% من الرجال و١٤% من النساء قد عانوا من الأرق بدرجة كبيرة أو بدرجة كبيرة جداً وبهذا يمكن الربط بين الأرق وكل من الإضطرابات النفسية والعضوية (أن تايلور وآخرون : ١٩٩٦).

وفرط النوم المتوسط والشديد كان بنسبة ٣٨% و٥% ، وهي أكبر مما جاء بدراسة *Hamouda* (١٩٩٣) إذ بلغت النسبة ١٥% ، ودراسة *Gislason* (١٩٨٧) لدي السويديين ١٧% فرط النوم المتوسط و٦% فرط النوم الشديد .

أما اضطراب غشية النوم المتوسط والشديد فقد كان بنسبة ٥٣,٥% و ٢% . ولم توجد دراسات عنيت بمعرفة نسبة انتشاره .

وتوقف التنفس أثناء النوم المتوسط والشديد كان بنسبة ٢٢,٥% و٤% . ويذهب *Shapiro &Dement* (١٩٩٣) أن نسبة انتشاره لدي الذكور في المجتمع تقع بين ٤-٨%.

واضطراب إيقاع النوم واليقظة المتوسط والشديد فقد بلغ نسبة ٥١,٤% و٣%. وقد جاء في التراث النظري أن نسبة انتشاره في مجموع السكان تكون ٦% *Rosnthal* (١٩٩٣) .وكانت النسبة في دراسة *Hamouda* (١٩٩٣) حوالي ٢٠%.

والفزع الليلي والكابوس المتوسط والشديد كان بنسبة ٣٢% و٧% ، وهي قريبة مما توصل إليه *Hamouda* (١٩٩٣) في دراسته حيث بلغت الكوابيس ٢٩,٢% والفزع الليلي ٧,٧% ،أما في دراسة *Hartman* (١٩٩٣) فقد بلغت نسبة انتشار نمط الاضطراب مابين ٤-٨ مرات في العام لدى البالغين .

إلا أن نسبته العالمية تقع بين ١-١٥% ، ويذكر جون تايلور (١٩٨٥) أن ما يقرب من ٢٥% من الشعب البريطاني ، وذلك في استفتاء أجرته صحيفة الصنداي تايمز – قد مشوا خلال الليل وهم نيام ، وفي دراسة *Hamouda* (١٩٩٣) كانت نسبة انتشار الاضطراب ٢,١% .

والاضطرابات المصاحبة للنوم (المتوسط والخفيف) كانت بنسبة ٣٨% و ٥% وهذه الاضطرابات تضم ، الصداع النصفي وإرتفاع دقات القلب خلال النوم وتقلص عضلات الأرجل واحتكاك الأسنان وأرجحة الرأس والشخير – وكل هذه الاضطرابات تحدث أثناء النوم .

وفي دراسة *Hamouda* (١٩٩٣) بلغت نسبة احتكاك الأسنان ٤,١% وأرجحة الرأس ١٢,٨% ، وذلك في حين تقع النسبة العالمية بين ٥- ٥٠% وأن الشخير يقع بنسبة من ٤٠- ٥٠% واحتكاك الأسنان بنسبة ٥- ٢٠% وتقلص عضلات الأرجل بنسبة ٥- ١٥ % كما يقرر *Shapiro&Dement* (١٩٩٣).

واضطرابات النوم الناتجة عن الظروف الخارجية المتوسط والشديد كانت بنسبة ٣٥% و ٣٦% ، وهذه النسبة غير موجودة بدراسات سابقة ، ولكنها تعزي في التفسير للإطار النظري الذي يري أن اضطرابات النوم قد ترجع للأحداث السارة أو المؤلمة المتوقعتين ، أو لنوع الطعام الذي يتناوله

الشخص قبل النوم مباشرة أو الأنشطة الذهنية و البدنية التي يمارسها ، أو العادات التي تسبق النوم مباشرة كتناول الشاي أو القهوة ..... الخ . كما يقرر ذلك الكسندر بوربلي (١٩٩٢).

أما عن الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم المتوسط والشديد فقد كانت نسبة الانتشار ٣٧,٥% و٦,٢% ، في حين يؤكد *Hamouda* (١٩٩٣) علي أن مشكلات النوم كانت في اسكوتلاندا ١٥% وفلوريدا ٢٥% ولوس انجلوس ٤٢% .

ومن ثم فإنه من الواضح أن هناك نسباً مرتفعة لأنماط اضطرابات النوم لدي الراشدين ، مما قد يشير لحجم المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يعاني منها الذكور وبالتالي تظهر في شكل أعراض اضطرابات النوم السابقة ، مع ما يترتب علي ذلك من انخفاض الإنتاج لدي العمال ، وسوء الأداء لدي الموظفين ، وصعوبة التحصيل الدراسي لدي الطلاب بالجامعة.

وأما عن نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي الإناث فقد كانت كما يلي :

الأرق المتوسط والشديد فقد كان بنسبة ٤٤% و٤% ، وهذه النسبة أكبر مما جاء بدراسة *Hamouda* (١٩٩٣) حيث كانت نسبة انتشاره ٢٣,٥% ، وفي دراسة *Nilssen. et.al.* (١٩٩٧) كانت النسبة ٢٥% ، وفي دراسة *Husby& lingjread* (١٩٩٠) كانت نسبة الانتشار ١٨% ، وفي دراسة *Kageyama.et.al* (١٩٩٧) كانت نسبة الانتشار ١١,٤%.

وفرط النوم المتوسط والشديد كانت نسبة الانتشار ٢٧% و ٣,٥% أما في دراسة *Hamouda* (١٩٩٣) ١٢,٦% ، وذلك في حين أن نسبة انتشاره عالمياً تقع بين ٣,٥% - ٥% *Guilleminault& Roth* (١٩٩٣).

غشية النوم المتوسط والشديد فقد كانت بنسبة ٣٠% و ٤% ٠ واضطرابات إيقاع النوم واليقظة المتوسط والشديد قد بلغ نسبته ٤٢% و١,٤% ، أما في دراسة *Hamouda* (١٩٩٣) فقد كانت نسبة الانتشار ١٢,٦% . والفزع الليلي والكابوس المتوسط والشديد كان بنسبة ٣١,٢% و ٥% أما في دراسة *Hamouda* (١٩٩٣) كانت نسبة الكوابيس ٤٤,٩% والفزع الليلي ١٥,٦% والمشي أثناء النوم المتوسط ١,٤% .

والاضطرابات المصاحبة للنوم (المتوسط والشديد) كانت بنسبة ٣٧,٥% و٨% ، وفي دراسة *Hamouda* (١٩٩٣) كان احتكاك الأسنان بنسبة ١١,٤% وأرجحة الرأس بنسبة ١١,٤% وتوقف التنفس أثناء النوم

(المتوسط والشديد) كان بنسبة ٣٥,٤% و٢% وهذا الاضطراب يوجد بنسبة ٢-٤% لدي الإناث عالميا كما يقرر ذلك *Shapiro & Dement* (١٩٩٣).

واضطراب النوم الناتج عن الظروف الخارجية المتوسط والشديد كان بنسبة ٤٢,٥%و٦% . والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم (المتوسط والشديد) ٤٣,٥% و٤,٢% وبهذه النتائج نجد أن هناك ارتفاعاً لنسبة انتشار تلك الأنماط لدي الإناث – الراشدات .

وإذا ما تأكدت العلاقة بين أنماط اضطرابات النوم وكل من الظروف المناخية والمشكلات الاجتماعية والنفسية وضغوط العمل لدي العاملين. فإن ذلك يفسر لنا أسباب ارتفاع معدلات انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي الراشدين وما يؤكد ذلك ينقله *Nilssen.et .al* (١٩٩٧) من أن الموقف السياسي بعد تفكك الاتحاد السوفيتي السابق وحصول جمهورياته على استقلالها قد خلق كل من القلق والخوف الذين أثرًا مع أشياء أخري علي قدرة الشخص على النوم، ومن ثم فقد زادت نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي عينة من الشعب الروسي.

جدول(٢)يوضح النسب المئوية
لأنماط اضطرابات النوم لدي المسنين الذكور والإناث

أنماط اضطرابات النوم	مستوي شدة الاضطراب	ذكور	(٥٠)	إناث	(٥٠)	العينة الكلية	(١٠٠)
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الأرق	خفيف	٢٧	٥٤%	١٦	٣٢%	٤٣	٤٣%
	متوسط	٢٢	٤٤%	٣٢	٦٤%	٥٤	٥٤%
	شديد	١	٢%	٢	٤%	٣	٣%
فرط النوم	خفيف	٢٤	٤٨%	٢٨	٥٦%	٥٢	٥٢%
	متوسط	٢٣	٤٦%	٢٢	٤٤%	٤٥	٤٥%
	شديد	٣	٦%	–	–	٣	٣%
غشية النوم	خفيف	٢٣	٤٦%	٢	٤%	٢٥	٢٥%
	متوسط	٢١	٤٢%	٤٨	٩٦%	٦٩	٦٩%

أنماط اضطرابات النوم	مستوي شدة الاضطراب	ذكور	(٥٠)	إناث	(٥٠)	العينة الكلية	(١٠٠)
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
	شديد	٦	١٢%	–	–	٦	٦%
توقف التنفس أثناء النوم	خفيف	٣٦	٧٢%	٢٧	٥٤%	٦٣	٦٣%
	متوسط	١٢	٢٤%	٢٣	٤٦%	٣٥	٣٥%
	شديد	٢	٤%	–	–	٢	٢%
اضطراب إيقاع النوم واليقظة	خفيف	٢٠	٤٠%	٣٣	٦٦%	٥٣	٥٣%
	متوسط	٢٩	٥٨%	١٥	٣٠%	٤٤	٤٤%
	شديد	١	٢%	٢	٤%	٣	٣%
الفزع الليلي والكابوس	خفيف	٢١	٤٢%	٢٩	٥٨%	٥٠	٥١%
	متوسط	٢٣	٤٦%	٢١	٤٢%	٤٤	٤٤%
	شديد	٦	١٢%	–	–	٦	٦%
المشي أثناء النوم	خفيف	–	–	–	–	–	–
	متوسط	٢	٤%	٤	٨%	٦	٦%
	شديد	–	–	–	–	–	–
اضطرابات مصاحبة للنوم	خفيف	٢٩	٥٨%	٣٠	٦٠%	٥٩	٥٩%
	متوسط	١٧	٣٤%	١٨	٣٦%	٣٥	٣٥%
	شديد	٤	٨%	٢	٤%	٦	٦%
اضطراب النوم الذي يعزى	خفيف	٢٠	٤٠%	٢٠	٤٠%	٤٠	٤٠%
	متوسط	٢٥	٥٠%	٢٠	٤٠%	٤٥	٤٥%
	شديد	٥	١٠%	١٠	٢٠%	١٥	١٥%

أنماط اضطرابات النوم لظروف خارجية	مستوي شدة الاضطراب	ذكور	(٥٠)	إناث	(٥٠)	العينة الكلية	(١٠٠)
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الدرجة الكلية	خفيف	٢٨	٥٦%	٢٢	٤٤%	٥٠	٥٠%
	متوسط	١٩	٣٨%	١٧	٣٤%	٣٦	٣٦%
	شديد	٣	٦%	١١	٢٢%	١٤	١٤%

يتضح من الجدول (٢) أن نسبة انتشار اضطرابات النوم لدي الذكور المسنين كما يلي:

الأرق الخفيف ٥٤% والمتوسط ٤٤% والشديد ٢% ، وفرط النوم الخفيف ٤٨% والمتوسط ٤٦% والشديد ٦% ، وغشية النوم الخفيف ٤٦% والمتوسط ٤٢% والشديد ١٢% ، وتوقف التنفس الخفيف ٧٢% والمتوسط ٢٤% والشديد ٤% واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف ٤٠% والمتوسط ٥٨% والشديد ٢% ، والفزع الليلي والكابوس الخفيف ٤٢% والمتوسط ٤٦% والشديد ١٢% ، والمشي أثناء النوم الخفيف صفر والمتوسط ٤% والشديد صفر ، والاضطرابات المصاحبة للنوم الخفيف ٥٨% والمتوسط ٣٤% والشديد ٨% ، واضطراب النوم الذي يعزي لظروف خارجية الخفيف ٤٠% والمتوسط ٥٠% والشديد ١٠% ، والدرجة الكلية الخفيف ٥٦% والمتوسط ٣٨% والشديد ٦% .

وأما نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي الإناث المسنات فهي كما يلي :-

الأرق الخفيف ٣٢% والمتوسط ٦٤% والشديد ٤% ، وفرط النوم الخفيف ٥٦% والمتوسط ٤٤% والشديد صفر ،وغشية النوم الخفيف ٤% والمتوسط ٩٦% والشديد صفر ، وتوقف التنفس الخفيف ٥٤% والمتوسط ٤٦% والشديد صفر ، واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف ٦٦% والمتوسط ٣٠% والشديد ٤% ، والفزع الليلي والكابوس الخفيف ٥٨% والمتوسط ٤٢% والشديد صفر ، والمشي أثناء النوم الخفيف صفر والمتوسط ٨% والشديد صفر ، والاضطرابات المصاحبة للنوم الخفيف ٦٠% والمتوسط ٣٦% والشديد ٤% ، واضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية الخفيف ٤٠% والمتوسط ٤٠% والشديد ٢٠% ، والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم الخفيف ٤٤% والمتوسط ٣٤% والشديد ٢٢% . وفيما يخص العينة الكلية للمسنين (ذكور – إناث) فإن نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم كانت كما يلي :-

الأرق الخفيف ٤٣% والمتوسط ٥٤% والشديد ٣% ، وفرط النوم الخفيف ٥٢% والمتوسط ٤٥% والشديد ٣% ، وغشية النوم الخفيف ٢٥% والمتوسط ٦٩% والشديد ٦% وتوقف التنفس الخفيف ٦٣% والمتوسط ٣٥% والشديد ٢% ، واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف ٥٣% والمتوسط ٤٤% والشديد ٦% ، والمشي أثناء النوم الخفيف صفر والمتوسط ٦% والشديد صفر ، والاضطرابات المصاحبة للنوم الخفيف ٥٩% والمتوسط ٣٥% والشديد ٦% ، واضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية الخفيف ٤٠% والمتوسط ٥٤% والشديد ٣% ، والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم الخفيف ٥٠% والمتوسط ٣٦% والشديد ١٤% .

أما عن تفسير انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي المسنين فقد كانت كما يلي:-

الأرق المتوسط والشديد٤٤% و٢%، في حين *توصل* *Bliwise.et.al* (١٩٩٢) إلي أن نسبة ٤,٤% من المسنين قرروا معاناتهم من الأرق ، وفي دراسة *Hohagen,et.al* (١٩٩٤) كانت نسبة ٢٣% من المسنين أيضاً يعانون من الأرق الشديد ، و١٧% من الأرق المتوسط ، و٢% من الأرق الخفيف.

وفرط النوم المتوسط والشديد كان بنسبة ٤٦% و٦% ، وغشية النوم المتوسط والشديد بنسبة ٤٢% و١٢% . وتوقف التنفس أثناء النوم (المتوسط والشديد) بنسبة٢٤% و٤% ، واضطراب إيقاع النوم واليقظة المتوسط والشديد كان بنسبة ٥٨% و٢% . والفزع الليلي والكابوس المتوسط والشديد بنسبة ٤٦% و١٢% . والمشي أثناء النوم (المتوسط) بنسبة ٤%. والاضطرابات المصاحبة للنوم (المتوسط والشديد) بنسبة ٣٤% و٨% . واضطراب النوم الناتج عن الظروف الخارجية المتوسط والشديد بنسبة ٥٠% و١٠% . والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم (المتوسط والشديد) بنسبة ٣٨% و٦%.

وبالنظر في تلك النتائج يتضح ارتفاع نسبة انتشار اضطرابات النوم لدي الذكور المسنين ، مما قد يشير إلي تلك المعاناة المزدوجة من ضغوط الحياة وقسوتها وجحود الأبناء إذ أن عينة الدراسة من المقيمين بدور المسنين الخيرية. أما عن نسبة انتشار اضطرابات النوم لدي المسنات فهي كما يلي:-

الأرق المتوسط والشديد ٦٤% و٤% . وفرط النوم المتوسط والشديد ٤٤% وصفر. وغشية النوم المتوسط والشديد ٩٦% وصفر . وتوقف التنفس المتوسط والشديد ٤٦% وصفر . والفزع الليلي والكابوس المتوسط والشديد ٤٦% و١٢% . واضطراب إيقاع النوم واليقظة المتوسط والشديد ٥٨% و٢% . والمشي أثناء النوم (المتوسط) ٨% والاضطرابات المصاحبة للنوم المتوسط والشديد ٣٦% و٤%. واضطراب النوم الناتج عن الظروف الخارجية المتوسط والشديد ٤٠% و٢٠%. والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم ٣٤% و٢٢%. وبهذا الاستعراض يبدو أن أنماط اضطرابات النوم – في الدرجة الشديدة - في الدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم تزيد لدي الإناث عن الذكور (المسنين)، وذلك يتفق مع التراث النظري الذي يري أن تلك المشكلات تزيد لدي الإناث عن الذكور *Hohagen, et.al* (١٩٩٤) و*Brabbins,et.al.* (١٩٩٣) ،كما أن حوالي ٥٠% من المسنين لديهم شكوى من النوم *Foley,et.al* (١٩٩٧). ولعل ما يفسر ارتفاع معدلات انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي المسنات أنهن يقيمون بدور رعاية المسنين ، وليس بخافٍ أن ينتج ذلك مشاعر الحزن وفقدان الدور الإيجابي في الحياة ومشكلات عدم الرضا عن الذات والإحساس باليأس والقنوط كان من الطبيعي أن تزيد نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لديهن لارتباطها الإيجابي بالمتغيرات السابقة.

جدول (٣) يوضح النسب المئوية لأنماط اضطرابات النوم لدي العينة الكلية "راشدين – مسنين " (ن=٣٨٨)

أنماط اضطرابات النوم	مستوي شدة الاضطراب	العينة الكلية	(٣٨٨)
		العدد	%
الأرق	خفيف	٢٠١	%٥٢
	متوسط	١٧١	%٤٤
	شديد	١٦	%٤
فرط النوم	خفيف	٢٣٥	%٦٠
	متوسط	١٣٨	%٣٥
	شديد	١٥	%٤
غشية النوم	خفيف	١٨٤	%٤٧
	متوسط	١٨٩	%٤٩
	شديد	١٥	%٤
توقف التنفس أثناء النوم	خفيف	٢٥٩	%٦٧
	متوسط	١١٨	%٣٠
	شديد	١١	%٣
اضطراب إيقاع النوم واليقظة	خفيف	٢٠١	%٥٢
	متوسط	١٧٨	%٤٦
	شديد	٩	%٢
الفزع الليلي والكابوس	خفيف	٢٣٠	%٥٩
	متوسط	١٣٥	%٣٥
	شديد	٢٣	%٦

أنماط اضطرابات النوم	مستوي شدة الاضطراب	العينة الكلية	(٣٨٨)
		العدد	%
المشي أثناء النوم	خفيف	–	–
	متوسط	١١	%٣
	شديد	–	–
اضطرابات مصاحبة للنوم	خفيف	٢٢٠	%٥٧
	متوسط	١٤٤	%٣٧
	شديد	٢٤	%٦
اضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية	خفيف	١٩٨	%٥١
	متوسط	١٥٧	%٤٠
	شديد	٣٣	%٨
الدرجة الكلية	خفيف	٢٠٦	%٥٣
	متوسط	١٥٣	%٣٩
	شديد	٢٩	%٧,٥

يتضح من الجدول (٣) أن نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم لدي العينة الكلية (الراشدين – المسنين)كانت كما يلي:-

الأرق الخفيف ٥٢% والمتوسط ٤٤% والشديد٤%. وفرط النوم الخفيف ٦٠% والمتوسط ٣٥% والشديد٤%. وغشية النوم الخفيف ٤٧% والمتوسط ٤٩% والشديد ٤%. وتوقف التنفس الخفيف ٦٧% والمتوسط ٣٠% والشديد ٣%. واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف٥٢%. والمتوسط ٤٦% والشديد٢%.

والفزع الليلي والكابوس الخفيف ٥٩%والمتوسط ٣٥% والشديد٦% . والمشي أثناء النوم الخفيف صفر والمتوسط ٣% والشديد صفر .

والاضطرابات المصاحبة للنوم الخفيف٥٧%والمتوسط ٣٧%والشديد٦% .
واضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية الخفيف ٥١% والمتوسط ٤٠% والشديد ٨% . والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم الخفيف ٥٣% والمتوسط ٣٩% والشديد ٧,٥%.

ومن خلال الدراسات السابقة نلاحظ أن الراشدين والمسنين معا انتشرت لديهما أنماط اضطرابات النوم ، وأنها كانت أكثر وضوحا لدي المسنين عن الراشدين ، ولدي الإناث عن الذكور . ولقد كانت نسبة انتشار الأرق المتوسط والشديد لدي العينة الكلية في الدراسة الحالية ٤٤% و٤% فإن دراسة *Ohayon,et.al*(١٩٩٧، ب) قد توصلت إلي أن نسبة انتشار الأرق ١١,٢% وفي*Ohayon ,et.al* (١٩٩٧،أ) كانت نسبة الانتشار ٧,٧% .

وعلي هذا نجد أن الفرض الأول قد تحقق ، فيما يخص نسبة انتشار اضطرابات النوم لدي الراشدين والمسنين من الذكور والإناث .

الفرض الثاني :-

توجد فروق دالة إحصائيا بين كل من الذكور والإناث في كل من عينة الراشدين والمسنين في نسبة انتشار اضطرابات النوم .

وللتحقق من ذلك الفرض تم حساب دلالة الفروق في النسبة المئوية بين الذكور والإناث في عينتي الراشدين والمسنين وذلك من حيث الشدة . الخفيف – المتوسط –الشديد .

وذلك كما يتضح من الجدولين رقمي (٤) (٥):-

جدول (٤) يوضح دلالة النسب المئوية بين عينتي الذكور والإناث (الراشدين) (ن ذكور١٤٤)، (ن إناث١٤٤) في أنماط اضطرابات النوم.

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور	(١٤٤)	إناث	(١٤٤)	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
الأرق	خفيف	٨٤	%٥٨	٧٤	%٥٢	١,١٩	غير دالة
	متوسط	٥٣	%٣٧	٦٤	%٤٤	٣,٨	**
	شديد	٧	%٥	٦	%٤	٠,٢٨	غير دالة
فرط النوم	خفيف	٨٣	%٥٧	١٠٠	%٦٩	١,٩٢	غير دالة
	متوسط	٥٤	%٣٨	٣٩	%٢٧	١,٩٩	*
	شديد	٧	%٥	٥	٣,٥ %	٠,٥٩	غير دالة
غشية النوم	خفيف	٦٤	٤٤,٥ %	٩٥	%٦٦	٣,٧٤	**
	متوسط	٧٧	٥٣,٥ %	٤٣	%٣٠	٤,٠٢	**
	شديد	٣	%٢	٦	%٤	٠,٩٧	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (١٤٤)		إناث (١٤٤)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
توقف التنفس أثناء النوم	خفيف	١٠٦	%٧٤	٩٠	٦٢,٥%	٢,٠٨	*
	متوسط	٣٢	٢٢,٥%	٥١	٣٥,٤%	٢,٤	*
	شديد	٦	%٤	٣	%٢	٠,٣٧	غير دالة
اضطرابات إيقاع النوم واليقظة	خفيف	٦٦	%٤٦	٨٢	%٥٧	٢,٠٧	*
	متوسط	٧٤	٥١,٤%	٦٠	%٤٢	١,٥٩	غير دالة
	شديد	٤	%٣	٢	١,٤%	٠,٨٤	غير دالة
الفزع الليلي والكابوس	خفيف	٨٨	%٦١	٩٢	%٦٤	٠,٥٢	غير دالة
	متوسط	٤٦	%٣٢	٤٥	٣١,٢%	٠,١٤	غير دالة
	شديد	١٠	%٧	٧	%٥	٠,٣٥	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (١٤٤)		إناث (١٤٤)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
المشي أثناء النوم	خفيف	–	–	–	–	–	غير دالة
	متوسط	١	%٠,٧	٢	١,٤ %	٠,٣٦	غير دالة
	شديد	–	–	–	–	–	غير دالة
اضطرابات مصاحبة للنوم	خفيف	٨٢	%٥٧	٧٩	%٥٥	٠,٣٤	غير دالة
	متوسط	٥٥	%٣٨	٥٤	٣٧,٥ %	٠,١	غير دالة
	شديد	٧	%٥	١١	%٨	٠,٥٢	غير دالة
اضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية	خفيف	٨٥	%٥٩	٧٣	%٥١	١,٣٦	غير دالة
	متوسط	٥٠	%٣٥	٦٢	٤٢,٥ %	١,٧١	غير دالة
	شديد	٩	%٣,٦	٩	٣,٦ %	–	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (١٤٤)		إناث (١٤٤)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
الدرجة الكلية	خفيف	٨١	٥٦,٣ %	٧٥	%٥٢	٠,٧٩	غير دالة
	متوسط	٥٤	٣٧,٥ %	٦٣	٤٣,٥ %	١,٠٣	غير دالة
	شديد	٩	%٦,٢	٦	٤,٢ %	٠,٧٦	غير دالة

* دالة عند مستوى ٠,٠٥   ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٤) أن هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في عينة الراشدين – في النسبة المئوية لمعدلات أنماط اضطرابات النوم في الأنماط التالية :-

الأرق المتوسط لصالح الإناث ، وفرط النوم المتوسط لصالح الذكور، وغشية النوم الخفيف لصالح الإناث والمتوسط لصالح الذكور ، وتوقف التنفس أثناء النوم الخفيف لصالح الذكور والمتوسط لصالح الإناث ، و اضطرابات إيقاع النوم واليقظة الخفيف لصالح الإناث . أما بقية الأنماط فلم تبلغ الفروق مستوي الدلالة الإحصائية .

إذا كانت الفروق الفردية دالة إحصائيا في الأرق المتوسط لصالح الإناث فتؤكد ذلك نتائج دراسة *Nilssen ,et.al* (١٩٩٧) حيث توصل إلي أن انتشار الأرق لدي الذكور ٢١% والإناث ٢٥%، ودراسة *Husby &Lingjreade*(١٩٩٠) توصلت إلي أن نسبة انتشار الأرق لدي الذكور ٩% والإناث ١٨% . بينما في دراسة *Hamouda* (١٩٩٣) كانت نسبة انتشار الأرق لدي الذكور ٢٦% والإناث ٢٤% .

أما في نمط فرط النوم فكانت الفروق في صالح الذكور وهذا ما أكده *Hamouda* (١٩٩٣) حيث بلغت نسبة الانتشار لدي الذكور ١٧% والإناث ١٣%.

ونمط غشـية النوم كانت الفروق لصـالح الإناث في نمط الاضـطراب الخفيف أما المتوسط فإن الفروق كانت لصالح الذكور ، وهذا ما يؤكده التراث النظري حيث أن زيادة الانتشـار تكون لصـالح الذكور عن الإناث وفي سـن المراهقة والشـباب دون عمر الثلاثين كما يقرر *ذلك* *Harding* (١٩٨٢) و*Crisp & Shapiro* (١٩٩٣).

وتوقف التنفس أثناء النوم (الخفيف) يزداد لدي الذكور ، والمتوسط لدي الإناث ، وتؤكد الدراسات المسحية أنه يوجد لدي الذكور بنسبة٤-٨% ولدي الإناث بنسبة ٢-٤%*&DementShapiro*(١٩٩٣).

واضـطراب إيقاع النوم واليقظة كانت الفروق واضـحة لصـالح الإناث وهذا يتعارض مع ما توصـل إليه *Hamouda* (١٩٩٣)، حيث كانت النسـبة لـدي الـذكور ٢٠% والإنـاث ١٣% . وقـد يعود ذلك لأن معظم أفراد عينـة الدراسـة التي اعتمد عليها في دراسـته كانوا من الطلاب ، أما في الدراسـة الحـالية فإن معظم أفرادها من العاملين في مجال الصـناعة والتربية والتعليم والأعمال الحرة ، وأن معظم الإناث كن من العاملات اللائي يجدن صـعوبة في ضـبط إيقاع النوم واليقظة ، وذلك بسـبب العمل صـباحا ورعاية الأطفال ليلا ونـهارا.

جدول (٥) يوضح دلالة النسب المئوية بين عينتي الذكور والإناث (المسنين) (ن ذكور٥٠)(ن إناث٥٠) في أنماط اضطرابات النوم

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور	(٥٠)	إناث	(٥٠)	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
الأرق	خفيف	٢٧	٥٤ %	١٦	٣٢ %	٢,٢٢	*
	متوسط	٢٢	٤٤ %	٣٢	٦٤ %	٢,٠١	*

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور	(٥٠)	إناث	(٥٠)	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
	شديد	١	٢%	٢	٤%	٠,٥٩	غير دالة
فرط النوم	خفيف	٢٤	٤٨ %	٢٨	٥٦ %	٠,٨٠	غير دالة
	متوسط	٢٣	٤٦ %	٢٢	٤٤ %	٠,٢٠	غير دالة
	شديد	٣	٦%	–	–	١,٧٦	غير دالة
غشية النوم	خفيف	٢٣	٤٦ %	٢	٤%	٤,٨	**
	متوسط	٢١	٤٢ %	٤٨	٩٦ %	٥,٨	**
	شديد	٦	١٢ %	–	–	٢,٥٣	*
توقف التنفس أثناء النوم	خفيف	٣٦	٧٢ %	٢٧	٥٤ %	١,٨٦	غير دالة
	متوسط	١٢	٢٤ %	٢٣	٤٦ %	٣,٣١	**

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور	(٥٠)	إناث	(٥٠)	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
	شديد	٢	%٤	–	–	١,٤٣	غير دالة
اضطرابات إيقاع النوم واليقظة	خفيف	٢٠	٤٠ %	٣٣	٦٦ %	٢,٦٠	*
	متوسط	٢٩	٥٨ %	١٥	٣٠ %	٢,٨٢	**
	شديد	١	%٢	٢	%٤	٠,٥٩	غير دالة
الفزع الليلي والكابوس	خفيف	٢١	٤٢ %	٢٩	٥٨ %	١,٦	غير دالة
	متوسط	٢٣	٤٦ %	٢١	٤٢ %	٠,٤٠	غير دالة
	شديد	٦	١٢ %	–	–	٢,٥٣	*
المشي أثناء النوم	خفيف	–	–	–	–	–	غير دالة
	متوسط	٢	%٤	٤	%٨	٠,٨٤	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (٥٠)		إناث (٥٠)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
	شديد	–	–	–	–	–	غير دالة
اضطرابات مصاحبة للنوم	خفيف	٢٩	٥٨ %	٣٠	٦٠ %	٠,٢٠	غير دالة
	متوسط	١٧	٣٤ %	١٨	٣٦ %	٠,٢١	غير دالة
	شديد	٤	%٨	٢	%٤	٠,٨٤	غير دالة
اضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية	خفيف	٢٠	٤٠ %	٢٠	٤٠ %	–	غير دالة
	متوسط	٢٥	٥٠ %	٢٠	٤٠ %	١,٠٠	غير دالة
	شديد	٥	١٠ %	١٠	٢٠ %	١,٤	غير دالة
الدرجة الكلية	خفيف	٢٨	٥٦ %	٢٢	٤٤ %	١,٢٠	غير دالة
	متوسط	١٩	٣٨ %	١٧	٣٤ %	٠,٤٢	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور (٥٠)		إناث (٥٠)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
	شديد	٣	%٦	١١	٢٢ %	٢,٣٠	*

* دالة عند مستوي ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضـــح من الجدول (٥) أن هناك فروق دالة إحصـــائيا بين الذكور والإناث (المسنين)في نسبة أنماط اضطرابات النوم التالية:-

الأرق الخفيف لصـالح الذكور والمتوسط لصـالح الإناث ، وغشـية النوم الخفيف والشـديد لصـالح الذكور والمتوسـط لصـالح الإناث ، وتوقف التنفس أثناء النوم المتوسط لصـالح الإناث ، واضـطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف لصـالح الإناث والمتوسـط لصـالح الذكور ، والفزع الليلي والكابوس الشـديد لصـالح الذكور ، والدرجة الكلية على مقياس أنماط اضـطرابات النوم الشـديد لصالح الإناث .

كما دلت النتائج على وجود فروق دالة إحصـــائيا بين الذكور والإناث المسنين في الأنماط التالية :-

نمط الأرق الخفيف كانت الفروق لصـــالح الذكور والمتوســط لصـــالح الإناث وذلك يخالف ما توصـل إليه *Hohagen,et.al* (١٩٩٤) حيث عدم وجود فروق جوهرية بين الجنســين في الأرق الخفيف والمتوســط . أما في الأرق الشـديد فكانت الفروق لصـالح الإناث، ولعل هذا الاختلاف يعود لدرجة الشـــدة التي اعتمد عليها *Hohagen,et.al* (١٩٩٤) إذ اعتمد علي درجة إدراك الفرد لمعاناته من الأرق، أما في الدراســـة الحالية فإن الدرجة علي مقياس أنماط اضـــطرابات النوم هي محك تحديد مدي شـــدة الاضـــطراب . وتـقـتـرب الـنـتـائـج مـمـا ذهـب إلـيـه *&Dement Shapiro*(١٩٩٣) *Brabbins,et.al.* (١٩٩٣)حيث زيادة معدلات انتشـــار الأرق لدي الإناث عن الذكور .

وغشـية النوم الخفيف والشـديد كانت الفروق لصـالح الذكور والمتوسـط لصـالح الإناث وهذا يتفق مع التراث النظري في أن انتشـار هذا الاضـطراب يزيد لدي الذكور عن الإناث ،*Rosnthal&Roth* (١٩٩٣).

توقف التنفس المتوسط كانت الفروق لصالح الإناث ويشير التراث النظري إلي وجود الاضطراب لدي الجنسين , وأن زيادة انتشاره لدي الذكور أكثر من الإناث *&Dement Shapiro*(١٩٩٣)، ويزداد انتشاره لدي المسنين كلما تقدم العمر *.Bliwise,et.al* (١٩٩٤).

واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف لصالح الإناث والمتوسط لصالح الذكور ، وهذا الاضطراب يكثر لعدم التزام المسنين بمواعيد عمل أو ارتباطات اجتماعية وأنشطة ترفيهية ، وذلك لتقاعدهم عن العمل ، ولإقامتهم في دور رعاية المسنين – في الدراسة الحالية .

أما الفزع الليلي والكابوس الشديد فقد كانت الفروق لصالح الذكور ، حيث كانت عينة الدراسة من الذكور الذين يقيمون في دور رعاية المسنين لعدم وجود مأوي لهم أو معاش يكفي حاجتهم ، إذ يعيشون علي الصدقات ، مما قد يزيد من حالة اليأس بعد حياة عمل طويلة ، وإحساس بالنكران في آخر أيامهم ، ومحاولة تقييم ما حققوه من نجاح أو فشل فيما مضي من العمر .

أما الدرجة الكلية علي مقياس أنماط اضطرابات النوم كانت الفروق لصالح الإناث وهذا يتفق مع التراث النظري الذي يؤكد علي انتشار اضطرابات النوم لدي الإناث .الكسندر بوربلى (١٩٩٢) *Vitiello*(١٩٩٦) *Lewis*(١٩٩٤) . ومما سبق يتضح أن الفرض الثاني قد تحقق .

الفرض الثالث :-

توجد فروق دالة إحصائيا بين عينتي الراشدين والمسنين في نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم .

وللتحقق من ذلك تم حساب النسبة الحرجة بين العينتين وهذا ما يتضح من الجدول التالي رقم (٦):-

وللتحقق من ذلك تم حساب النسبة الحرجة بين العينتين وهذا ما يتضح من الجدول التالي رقم (٦):-

جدول (٦) يوضح دلالة النسب المئوية بين عينتي الراشدين ذكور وإناث (٢٨٨) والمسنين ذكور وإناث (١٠٠) في أنماط اضطرابات النوم

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	الراشدون ذكور وإناث (٢٨٨)		المسنون ذكور وإناث (١٠٠)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
الأرق	خفيف	١٥٨	%٥٥	٤٣	%٤٣	٢,١١	*
	متوسط	١١٧	%٤١	٥٤	%٥٤	٢,٣٠	*
	شديد	١٣	%٤,٥	٣	%٣	٠,٦٧	غير دالة
فرط النوم	خفيف	١٨٢	%٦٣	٥٢	%٥٢	١,٩٧	*
	متوسط	٩٣	%٣٢	٤٥	%٤٥	٢,٣٩	*
	شديد	١٢	%٤,٢	٣	%٣	٠,٥٤	غير دالة
غشية النوم	خفيف	١٥٩	%٥٥	٢٥	%٢٥	٥,٢٧	**
	متوسط	١٢٠	%٤٢	٦٩	%٦٩	٤,٧٤	**
	شديد	٩	%٣	٦	%٦	١,٣١	غير دالة
توقف التنفس أثناء النوم	خفيف	١٩٦	%٦٨	٦٣	%٦٣	٠,٩٣	غير دالة
	متوسط	٨٣	%٢٩	٣٥	%٣٥	١,١٥	غير دالة
	شديد	٩	%٣	٢	%٢	٠,٥٣	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	الراشدون ذكور وإناث (٢٨٨)		المسنون ذكور وإناث (١٠٠)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
اضطرابات إيقاع النوم واليقظة	خفيف	١٤٨	%٥١	٥٣	%٥٣	٠,٢٨	غير دالة
	متوسط	١٣٤	%٤٦,٥	٤٤	%٤٤	٠,٤٤	غير دالة
	شديد	٦	%٢	٣	%٣	٠,٦٣	غير دالة
الفزع الليلي والكابوس	خفيف	١٨٠	%٦٢,٥	٥١	%٥١	٢,١٦	*
	متوسط	٩١	%٣٢	٤٤	%٤٤	٢,٢١	*
	شديد	١٧	%٥,٩	٦	%٦	٠,٠٤	غير دالة
المشي أثناء النوم	خفيف	–	–	–	–	–	غير دالة
	متوسط	٥	%٢	٦	%٦	٢,١	*
	شديد	–	–	–	–	–	غير دالة
اضطرابات مصاحبة للنوم	خفيف	١٦١	%٥٦	٥٩	%٥٩	٠,٥٣	غير دالة
	متوسط	١٠٩	%٣٨	٣٥	%٣٥	٠,٥٤	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	الراشدون ذكور	(٢٨٨) وإناث	المسنون ذكور	(١٠٠) وإناث	النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
	شديد	١٨	٦,٢%	٦	٦%	٠,٠٩	غير دالة
اضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية	خفيف	١٥٨	٥٥%	٤٠	٤٠%	٢,٦٣	**
	متوسط	١١٢	٣٩%	٤٥	٤٥%	١,١٤	غير دالة
	شديد	١٨	٦,٢%	١٥	١٥%	٢,٨٤	**
الدرجة الكلية	خفيف	١٥٦	٥٤%	٥٠	٥٠%	٠,٧٤	غير دالة
	متوسط	١١٧	٤١%	٣٦	٣٦%	٠,٩٩	غير دالة
	شديد	١٥	٥,٢%	١٤	١٤%	٢,٩٣	**

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٦) أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين عينتي الراشدين والمسنين في أنماط اضطرابات النوم التالية :-

الأرق الخفيف لصالح الراشدين والمتوسط لصالح المسنين ، وفرط النوم الخفيف لصالح الراشدين والمتوسط المسنين ، وغشية النوم الخفيف لصالح الراشدين والمتوسط لصالح المسنين ، والفزع الليلي والكابوس الخفيف لصالح الراشدين والمتوسط لصالح المسنين ، والمشي أثناء النوم المتوسط لصالح المسنين واضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية الخفيف لصالح الراشدين والشديد لصالح المسنين ، والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم الشديد لصالح المسنين .

كما توصلت الدراسة الحالية إلي أن الفروق في فئة نمط الاضطراب الخفيف لصالح الراشدين ،أما فئة نمط الاضطراب المتوسط لصالح المسنين ، وهذا يتفق تماما مع الدراسات السابقة والتراث *النظري* &Davison Neale(١٩٩٠) وهايند مارش (١٩٩٠) الكسندر بوربلي (١٩٩٢) و*Hamouda* (١٩٩٣) و*Fisher*(١٩٩٤) و *Lewis* (١٩٩٤) و*Morin,et.al.* (١٩٩٤) و*Bliwise,et.al.* (١٩٩٤)و*Vitiello* (١٩٩٦) و*Nilssen,et.al* (١٩٩٧).

الفرض الرابع :-

توجد فروق دالة إحصائيا بين الذكور(راشدين – مسنين) والإناث (راشدات – مسنات) في نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم.

وللتحقق من ذلك الفرض تم حساب النسبة الحرجة بين الذكور والإناث في العينة الكلية (راشدون – مسنون)أنظر الجدول رقم (٧).

جدول (٧) يوضح دلالة النسب المئوية بين عينتي الذكور (راشدون ومسنون١٩٤) والإناث (راشدات ومسنات١٩٤) في أنماط اضطرابات النوم

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور(ن=١٩٤) (راشدون ومسنون)		إناث(ن=١٩٤) (راشدات ومسنات)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
الأرق	خفيف	١١١	%٥٧	٩٠	%٤٦	٢,٢٠	*
	متوسط	٧٥	%٣٩	٩٦	%٤٩	٢,٠٠	*
	شديد	٨	%٤	٨	%٤	٠,٠٠	غير دالة
فرط النوم	خفيف	١١٢	%٥٨	١٢٨	%٦٦	١,٦٣	غير دالة
	متوسط	٧٧	%٤٠	٦١	%٣١	١,٨٩	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور(ن=١٩٤) (راشدون ومسنون)		إناث(ن=١٩٤) (راشدات ومسنات)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
	شديد	١٠	%٥	٥	%٢	٠,٦٤	غير دالة
غشية النوم	خفيف	٨٧	%٤٥	٩٧	%٥٠	١,٠٠	غير دالة
	متوسط	٩٨	%٥١	٩١	%٤٧	٠,٨	غير دالة
	شديد	٩	%٥	٦	%٣	١,٠٠	غير دالة
توقف التنفس أثناء النوم	خفيف	١٤٢	%٧٣	١١٧	%٦٠	٢,٢٠	*
	متوسط	٤٤	%٢٣	٧٤	%٣٨	٣,٢٧	**
	شديد	٨	%٤	٣	%١	١,٨٢	غير دالة
اضطرابات إيقاع النوم واليقظة	خفيف	٨٦	%٤٤	١١٥	%٥٩	٣,٠٠	**
	متوسط	١٠٣	%٥٣	٧٥	%٣٩	٢,٨١	**
	شديد	٥	%٢	٤	%٢	٠,٠٠	غير دالة
الفزع الليلي والكابوس	خفيف	١٠٩	%٥٦	١٢١	%٦٠	٠,٨١	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور(ن=١٩٤) (راشدون ومسنون)		إناث(ن=١٩٤) (راشدات ومسنات)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
	متوسط	٦٩	٣٥%	٦٦	٣٤%	٠,٢٠	غير دالة
	شديد	١٦	٨%	٧	٤%	١,٦٨	غير دالة
المشي أثناء النوم	خفيف	–	–	–	–	–	غير دالة
	متوسط	٣	١%	٦	٣%	١,٢	غير دالة
	شديد	–	–	–	–	–	غير دالة
اضطرابات مصاحبة للنوم	خفيف	١١١	٥٧%	١٠٩	٥٦%	٠,٢٠	غير دالة
	متوسط	٧٢	٣٧%	٧٢	٣٧%	٠,٠٠	غير دالة
	شديد	١١	٦%	١٣	٧%	٠,٤٢	غير دالة
اضطراب النوم الذي	خفيف	١٠٥	٥٤%	٩٣	٤٨%	١,٢٠	غير دالة

أنماط اضطرابات النوم	مستوى شدة الاضطراب	ذكور(ن=١٩٤) (راشدون ومسنون)		إناث(ن=١٩٤) (راشدات ومسنات)		النسبة الحرجة	مستوى الدلالة
		العدد	%	العدد	%		
يعزى لظروف خارجية	متوسط	٧٥	%٣٩	٨٢	%٤٢	٠,٦١	غير دالة
	شديد	١٤	%٧	١٩	%١٠	٠,٩٩	غير دالة
الدرجة الكلية	خفيف	١٠٩	%٥٦	٩٧	%٥٠	١,٢٠	غير دالة
	متوسط	٧٣	%٣٨	٨٠	%٤١	٠,٦١	غير دالة
	شديد	١٢	%٦	١٧	%٩	١,٠٦	غير دالة

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من هذا الجدول (٧) أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين الذكور (راشدين – مسنين) والإناث (راشدات – مسنات) في نسبة انتشار أنماط اضطرابات النوم التالية:-

الأرق الخفيف لصالح الذكور والمتوسط لصالح الإناث. وتوقف التنفس أثناء النوم الخفيف لصالح الذكور والمتوسط لصالح الإناث . واضطراب إيقاع النوم واليقظة الخفيف لصالح الإناث والمتوسط لصالح الذكور . أما بقية الأنماط فلم تصل الفروق لمستوى الدلالة الإحصائية.

كما يتضح من نتائج هذا الفرض أن اتجاه الفروق في أنماط اضطرابات النوم الخفيف لصالح الذكور والمتوسط لصالح الإناث فيما عدا اضطراب إيقاع النوم واليقظة . وهذا يتفق مع التراث النظري والدراسات السابقة.

Nilssen,et.al و ، (١٩٩٧) *Hamouda* ، (١٩٩٣) *Crisp &)*
Shapiro ،(١٩٩٣& *Dement Shapiro* ،(١٩٩٣) *Husby&*
Lingjreade ، (١٩٩٠) *Hohagen,et.al.* (١٩٩٤)
Brabbinse,et.al. (١٩٩٣) *Rosnthal&Roth* محمود ،(١٩٩٣)
(١٩٩٢) الكسندر بوربلي ،(١٩٩٠) حمودة *Vitiello* (١٩٩٦)
Lewis .(١٩٩٤)

ومن ثم نلاحظ تحقق الفرض الرابع .

الفرض الخامس :-

توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين أنماط اضطرابات النوم والمتغيرات النفسية التالية الذهنية والعصبية والانبساطية والكذب والميل للجريمة لدي كل من الذكور والإناث في عينة الراشدين والمسنين.

وللتحقق من ذلك الفرض تم حساب معامل الارتباط بين الدرجة علي المقاييس الفرعية لأنماط اضطرابات النوم والمتغيرات النفسية السابقة وذلك كما يتضح من الجداول التالية (٨)، (٩) ،(١٠) ، (١١).

جدول (٨) يوضح العلاقة بين أنماط اضطرابات النوم والذهنية والعصبية والانبساطية والمجاراة الاجتماعية والميل للجريمة لدي الذكور الراشدين (ن=٥٠).

استخبار أيزنك للشخصية / مقياس أنماط اضطرابات النوم	الذهنية	مستوى الدلالة	العصبية	مستوى الدلالة	الانبساطية	مستوى الدلالة	الكذب	مستوى الدلالة	الجريمة	مستوى الدلالة
الأرق	–٠,١١	غير دالة	٠,٣٧	**	–٠,٠٢	غير دالة	٠,٣٢	*	٠,٣٠	*
فرط النوم	٠,١٠	غير دالة	٠,١٤	غير دالة	٠,٠٣	غير دالة	٠,١٢	غير دالة	٠,١٠	غير دالة
غشية النوم	٠,٠٣	غير دالة	٠,١٦		–٠,٠٥	غير دالة	٠,١٣	غير دالة	٠,١١	غير دالة
توقف التنفس أثناء النوم	–٠,١١	غير دالة	٠,٣١	*	–٠,٠٦	غير دالة	٠,٠١	غير دالة	٠,١٩	غير دالة

استخبار أيزنك للشخصية مقياس أنماط اضطرابات النوم	الذهنية	مستوى الدلالة	العصبية	مستوى الدلالة	الانبساطية	مستوى الدلالة	الكذب	مستوى الدلالة	الجريمة	مستوى الدلالة
اضطراب إيقاع النوم واليقظة	٠,٠٨	غير دالة	٠,٢٩	*	–٠,٠١	غير دالة	٠,٠٢	غير دالة	٠,٢٠	غير دالة
الفزع الليلي والكابوس	٠,٣٣	*	٠,٠٧	غير دالة	–٠,٠١	غير دالة	٠,٢٠	غير دالة	٠,٠٥	غير دالة
المشي أثناء النوم	٠,٠٨	غير دالة	٠,١٣	غير دالة	٠,٢١	غير دالة	–٠,١	غير دالة	٠,٠١	غير دالة
اضطرابات مصاحبة للنوم	٠,٢٠	غير دالة	٠,١٨	غير دالة	–٠,١٢	غير دالة	٠,١٥	غير دالة	٠,١٠	غير دالة

استخبار أيزنك للشخصية / مقياس أنماط اضطرابات النوم	الذهنية	مستوى الدلالة	العصبية	مستوى الدلالة	الانبساطية	مستوى الدلالة	الكذب	مستوى الدلالة	الجريمة	مستوى الدلالة
اضطرابات النوم الذي يعزى لظروف خارجية	٠,٠٣	غير دالة	٠,٢٤	غير دالة	–٠,٠٧	غير دالة	٠,٠٤	غير دالة	٠,٢٠	غير دالة
الدرجة الكلية	٠,١٣	غير دالة	٠,٣٦	*	–٠,٠٦	غير دالة	٠,٢٥	غير دالة	٠,٣٠	*

*دالة عند مستوى ٠,٠٥   ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٨) وجود ارتباط دال إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ بين كل من الأرق والعصبية وعند مستوى ٠,٠٥ بين الأرق وكل من المجاراة الاجتماعية والميل للجريمة ، وبين الفزع والكابوس الليلي والذهنية ، وبين توقف التنفس والعصبية ، وبين اضطراب إيقاع النوم واليقظة والعصبية ، وبين الدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم وكل من العصبية والميل للجريمة.

جدول (٩) يوضح العلاقة بين أنماط اضطرابات النوم
والذهنية والعصبية والانبساطية والمجاراة الاجتماعية (الكذب)
والميل للجريمة لدي الإناث الراشدات (ن= ٥٠)

استخبار أيزنك للشخصية / مقياس أنماط اضطرابات النوم	الذهنية	مستوى الدلالة	العصبية	مستوى الدلالة	الانبساطية	مستوى الدلالة	الكذب	مستوى الدلالة	الجريمة	مستوى الدلالة
الأرق	٠,١٣	غير دالة	٠,٣٧	**	٠,٠٣	غير دالة	٠,٢٥	غير دالة	٠,٢٧	غير دالة
فرط النوم	٠,١٦	غير دالة	٠,٠٧	غير دالة	– ٠,١١	غير دالة	٠,٠٤	غير دالة	٠,٠٨	غير دالة
غشية النوم	٠,١٦	غير دالة	٠,١١	غير دالة	٠,٢٦	غير دالة	٠,٠٣	غير دالة	٠,٠٥	غير دالة
توقف التنفس	٠,٠٨	غير دالة	٠,٢–	غير دالة	– ٠,٠٨	غير دالة	٠,٠١	غير دالة	٠,١٥	غير دالة
اضطراب إيقاع النوم واليقظة	٠,١٦	غير دالة	٠,٠٢	غير دالة	٠,٢٣	غير دالة	٠,٢٠	غير دالة	٠,٣٠	*
الفزع الليلي والكابوس	٠,٢٤	غير دالة	٠,١٦	غير دالة	٠,١٧	غير دالة	٠,٠٤	غير دالة	٠,٠٦	غير دالة

المشي أثناء النوم	٠,٢٥	غير دالة	– ٠,١٦	غير دالة	– ٠,١٧	غير دالة	٠,١–	غير دالة	٠,٠١	غير دالة
اضطرابات مصاحبة للنوم	٠,٢٧	غير دالة	٠,١٧	غير دالة	٠,١٤	غير دالة	٠,٠١	غير دالة	٠,١٣	غير دالة
اضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية	– ٠,١١	غير دالة	٠,٠٦	غير دالة	– ٠,١٤	غير دالة	٠,٠٢	غير دالة	٠,٢٠	غير دالة
الدرجة الكلية	٠,٢٥	غير دالة	٠,٣٦	*	– ٠,٠١	غير دالة	٠,١٥	غير دالة	٠,١٨	غير دالة

* دالة عند مستوى ٠,٠٥   ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (٩) وجود ارتباط دالا إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ بين الأرق والعصبية وعند مستوى ٠,٠٥ بين اضطراب إيقاع النوم واليقظة والميل للجريمة ، وبين الدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم والعصبية. أما بقية الارتباطات فلم تصل لمستوى الدلالة الإحصائية ، ولكنها كانت موجبة أحيانا وسالبة أحيانا أخري.

جدول (١٠) يوضح العلاقة بين أنماط اضطرابات النوم والذهنية والعصبية والانبساطية والمجاراة الاجتماعية (الكذب) والميل للجريمة لدي الذكور المسنين(ن= ٥٠).

استخبار أيزنك للشخصية / مقياس أنماط اضطرابات النوم	الذهنية	مستوى الدلالة	العصبية	مستوى الدلالة	الانبساطية	مستوى الدلالة	الكذب	مستوى الدلالة	الجريمة	مستوى الدلالة
الأرق	٠,٠٤	غير دالة	٠,١٨	غير دالة	٠,١	غير دالة	٠,٣٧	**	٠,١٥	غير دالة
فرط النوم	٠,١٧	غير دالة	٠,٢٢	غير دالة	_ ٠,٠٢	غير دالة	٠,٣١	*	٠,٠٤	غير دالة
غشية النوم	_ ٠,١٣	غير دالة	_ ٠,١١	غير دالة	_ ٠,٥٨	غير دالة	٠,٢٩	*	٠,٠٩	غير دالة

استخبار أيزنك للشخصية / مقياس أنماط اضطرابات النوم	الذهنية	مستوى الدلالة	العصابية	مستوى الدلالة	الانبساطية	مستوى الدلالة	الكذب	مستوى الدلالة	الجريمة	مستوى الدلالة
توقف التنفس	٠,٣٢	*	٠,٢٥	غير دالة	٠,٠٢	غير دالة	٠,٢٢	غير دالة	_٠,٢١	غير دالة
اضطراب إيقاع النوم واليقظة	٠,١٦	غير دالة	٠,٠٣	غير دالة	٠,٠٤٦	غير دالة	٠,١٧	غير دالة	٠,٠٤	غير دالة
الفزع الليلي والكابوس	٠,١٨	غير دالة	٠,٠٨	غير دالة	٠,١٤	غير دالة	_٠,٠٤	غير دالة	٠,١٦	غير دالة
المشي أثناء النوم	_٠,٣٤	غير دالة	غير دالة	غير دالة	_٠,٠٥	غير دالة	٠,٠٩	غير دالة	٠,٠٩	غير دالة

استخبار أيزنك للشخصية / مقياس أنماط اضطرابات النوم	الذهنية	مستوى الدلالة	العصبية	مستوى الدلالة	الانبساطية	مستوى الدلالة	الكذب	مستوى الدلالة	الجريمة	مستوى الدلالة
اضطرابات مصاحبة للنوم	٠,٢١	غير دالة	٠,٢٤	غير دالة	٠,٠٩	غير دالة	٠,١٧	غير دالة	٠,٠٢٣	غير دالة
اضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية	٠,٢٢	غير دالة	٠,١٧	غير دالة	_ ٠,٠٦	غير دالة	٠,٢٣	غير دالة	٠,٧٥	غير دالة
الدرجة الكلية	٠,١٨	غير دالة	٠,٢٩	*	٠,١٦	غير دالة	٠,٣٧	**	_ ٠,٠٤	غير دالة

* دالة عند مستوى ٠,٠٥ ** دالة عند مستوى ٠,٠١

نلاحظ من الجدول (١٠) أن هناك ارتباطا دالا إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ بين كل من الأرق والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم والمجاراة الاجتماعية ، وعند المستوى ٠,٠٥ بين توقف التنفس أثناء النوم والذهنية، وبين الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم والعصبية.

جدول (١١) يوضح العلاقة بين أنماط اضطرابات النوم والذهنية والعصبية والانبساطية والمجاراة الاجتماعية (الكذب) والميل للجريمة لدى الإناث المسنات (ن=٥٠).

استخبار أيزنك للشخصية / مقياس أنماط اضطرابات النوم	الذهنية	مستوى الدلالة	العصبية	مستوى الدلالة	الانبساطية	مستوى الدلالة	الكذب	مستوى الدلالة	الجريمة	مستوى الدلالة
الأرق	–٠,٠٢	غير دالة	٠,٣٩	**	٠,٢٧	غير دالة	٠,٢٠	غير دالة	٠,٠٧	غير دالة
فرط النوم	٠,٣٩	**	٠,١٦	غير دالة	٠,١٣	غير دالة	٠,١٦	غير دالة	٠,٠٦	غير دالة
غشية النوم	–٠,١٩	غير دالة	٠,٢٦	غير دالة	٠,١٣	غير دالة	٠,١٥	غير دالة	٠,٠٥	غير دالة

توقف التنفس	–٠,١٥	*	٠,٣٠	*	٠,١٥	غير دالة	٠,٢٥	غير دالة	٠,٠٦	غير دالة
اضطراب إيقاع النوم واليقظة	–٠,٧	غير دالة	٠,٢٤	غير دالة	–٠,١٧	غير دالة	٠,١٨	غير دالة	–٠,١١	غير دالة
الفزع الليلي والكابوس	٠,٣٨	**	٠,١٤	غير دالة	–٠,٢٢	غير دالة	٠,٣٢	*	٠,٢٨	غير دالة
المشي أثناء النوم	٠,٠١	غير دالة	٠,٠٩	غير دالة	٠,٠١	غير دالة	٠,١٨	غير دالة	٠,١٥	غير دالة
اضطرابات مصاحبة للنوم	٠,١٧	غير دالة	٠,٢٩	*	–٠,٢٤	غير دالة	٠,١	غير دالة	٠,٢١	غير دالة

اضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية	٠,٣٩	**	-٠,٠٤	غير دالة	-٠,٢٥	غير دالة	٠,٣٠	*	٠,٣٣	*
الدرجة الكلية	-٠,٢٧	غير دالة	٠,٣٠	*	-٠,٢٥	غير دالة	٠,١٦		-٠,١١	غير دالة

* دالة عند مستوى ٠,٠٥   ** دالة عند مستوى ٠,٠١

يتضح من الجدول (١١) أن هناك ارتباطا دالا إحصائيا عند مستوى ٠,٠١ بين الذهنية وكل من (فرط النوم والفزع والكابوس واضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية) . وبين الأرق والعصبية . وعند مستوى ٠,٠٥ وبين كل من توقف التنفس أثناء النوم والاضطرابات المصاحبة للنوم والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضطرابات النوم والعصبية وبين الفزع الليلي والكابوس والمجاراة الاجتماعية وبين اضطراب النوم الذي يعزى لظروف خارجية والميل للجريمة . أما بقية معاملات الارتباط فلم تصل لمستوى الدلالة الإحصائية.

يتضح مما سبق أن هناك ارتباطاً دالاً إحصائياً بين الأرق والعصبية وبين اضطراب إيقاع النوم واليقظة والميل للجريمة ، وبين الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم والعصبية لدي الإناث الراشدات وبين الأرق والعصبية والمجاراة الاجتماعية (الكذب) والميل للجريمة ، وبين توقف التنفس أثناء النوم والعصبية واضطراب إيقاع النوم واليقظة والعصبية وبين الفزع الليلي والكابوس والذهنية وبين الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم والعصبية والميل للجريمة لدي الذكور الراشدين. وبين الأرق وفرط النوم

وغشـــية النوم والمجاراة الاجتماعية (الكذب) وبين توقف التنفس والذهنية ، وبين الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم والعصبية والمجاراة الاجتماعية لدي الذكور المسنين. وبين الأرق وتوقف التنفس والاضطرابات المصاحبة للنوم والعصبية ، والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات النوم والعصبية ، وبين فرط النوم والفزع الليلي والكابوس واضـــطراب النوم الناتج عن ظروف خارجية والذهنية ، وبين الفزع الليلي والكابوس واضـطراب النوم الناتج عن ظروف خارجية والميل للجريمة لدي الإناث المسنات. كما وجد ارتباط موجب وغير دال إحصائيا بين بقية أنماط اضطرابات النوم والمتغيرات النفسية – موضوع الدراسة- وأخرى سالبة لم يصل لمستوى الدلالة الإحصائية.

وهذه النتائج التي توصـلت إليها الدراسـة الحالية تتفق في مضـمونها مع التراث النظري والدراسات السابقة ، فإذا ما كانت الذهنية كما يقرر أحمد عبد الخالق (١٩٩٣) تتكون من التمركز حول الذات وعدم التأثر بمشـاعر الآخرين والاندفاعية والتصـلب والجمود والعدوان ، وهذه السـمات توجد واضحة لدي المسنين كما يؤكد ذلك فؤاد البهي السيد (١٩٧٤) ومدحت حسين (١٩٩٢) ومن ثم فإن ارتباط أنماط اضـطرابات النوم التالية (توقف التنفس أثناء النوم وفرط النوم والفزع الليلي والكابوس واضـطراب النوم الناتج عن الظروف الخارجية) بالذهنية لدى المسـنين (ذكور – إناث) تؤكده دراسـة *Schramm, et al* (١٩٩٥) حيث كانت نسبة ٥٠% من اضطرابات النوم مرتبطة بالأمراض النفسية ، كما أعتبر *EzEldin* (١٩٨٧) أن ظهور الأحلام المفزعة مؤشـرا على مهما على قرب ظهور الحالة الذهنية ، وأكد ذلك *Berrttini*(١٩٨٠) حيث توصـل لوجود دور للتوقف التنفس أثناء النوم في تشـخيص حالة فصـام البارانويا . وفي هذا الإطار توصـل *Stein, et al*(١٩٩٥) إلى وجود ارتباط بين توقف التنفس أثناء النوم والفزع من النوم واضـطراب القلق . أما عن ارتباط الأرق واضـطراب إيقاع النوم واليقظة والدرجة الكلية لمقياس أنماط اضـطرابات النوم بالعصـبية لدى الراشـدين والمسنين فإن جابر عبد الحميد (١٩٨٦) يؤكد على ارتباط العصبية بالأرق والصداع وفقدان الشهية والقلق ، وهذا ما يفسر لنا الارتباط بين العصبية وبين أنماط اضـطرابات النوم ، وذلك يتفق إلى حد كبير مع التراث النظري الذي يعتبر اضطرابات النوم ملازمة للأمراض النفسية حسب ما جاء في الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض النفسية المعروف بـ (DSM-IV) ، وكذلك ارتباط كل من الأرق والفزع الليلي والكابوس بالاكتئاب والقلق ، وارتباط

الأرق بالذهان وأحيانا كثيرة يكون فرط النوم عرضـا مشـخصـا للذهان يظهر في شكل الهروب من الواقع الذي يتسم بعدم الإرضـاء للشخص (*Crisp* & *Shapiro*:1993).

ونتيجة لارتفاع نسـبة انتشــار الاكتئاب لدي المسـنين وتميزه بالانطواء والأرق والأمراض الجسمية ، كانت النتيجة المؤكدة لوجود ارتباط موجب بين الأرق والعصـبية تتفق مع التراث السـابق من الدراسـات الميدانية التي أجريت على المسـنين. *(Rashed , et al 1987 ; Elkhouly , et al , 1993 ; Gelder , et al , 1993 ; Hamed , 1994)*.

ويذهب البعض إلى ارتباط الأرق بالمتغيرات الفسـيولوجية المصـاحبة للتقدم في العمر ، وارتباط الأرق بالاكتئاب وأمراض المخ العضـوية والصحة العـامـة والوسـواس القهري ، كمـا تـأكـدت العلاقـة بين الوسـواس القهري وموضوعات التفكير قبل النوم والأرق *(Nelssen, et al , 1997 ; Foly , et al , 1995)*.

كمـا يؤكـد هـذه النتـائج مـا أثبتـه *Ohayon* ١٩٩٧ من وجود ارتبـاط موجب بين الأرق وعدم الرضا عن كمية النوم والعلاقة الموجبة أيضا بين كل من القلق والاكتئاب واضـطراب الضـغوط التالية للصـدمة واضـطرابات النوم المختلفة. وبهذه النتائج يتحقق الفرض الخامس .



إعداد مقياس أنماط اضطرابات النوم
لدى الراشدين والمسنين
وخصائصه السيكومترية



أهمية إعداد المقياس وهدفه:

نظراً لندرة وجود مقياس لتشخيص أنماط اضطرابات النوم كما جاءت بالدليل التصنيفي الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV(١٩٩٤) والذي تصدره رابطة الأطباء النفسيين الأمريكية (A.P.A.: 1993) ، ولعدم وجود المعايير الخاصة بالمجتمع المصري والقطري (أحمد عبد الخالق ومايسة النيال: ١٩٩٢). ويهدف الباحث بوجه عام إلى تصميم مقياس عربي لأنماط اضطرابات النوم ، واستخراج مقاييس فرعية منه ، والوصول إلى ثبات وصدق مقبولين للمقياس ، ووضع المعايير المحلية له وذلك لاستخدامه في العمل الإكلينيكي والبحوث العلمية .

خطوات إعداد المقياس:

قام الباحث بالإطلاع علي التراث السيكولوجي والطب نفسي والفسيولوجي للنوم واضطراباته (أبو مدين الشافعي :١٩٤٤)،(فريزر هرس :١٩٤٨) (*Oswald*:1962)،(*Harding*:1982)،(*Shapiro&Rathouse*:199) ، (محمود حمودة :١٩٩٠)، (الكسندر بوربلي : ١٩٩٢) ،(عبد المنعم الحنفي :١٩٩٢) (*Empson*:1993) ، (A.P.A.: 1994) ، وذلك لتحديد الخصائص الإكلينيكية والفسيولوجية لاضطرابات النوم وأعراضها النفسية والبدنية وسبل قياسها والإطلاع علي العديد من البحوث والأطر النظرية للقياس النفسي وكيفية إعداد الاختبارات النفسية وبخاصة اختبارات الشخصية (محمد عثمان نجاتي :١٩٦٠) (*Freeman*:1962) ، (فرج عبد القادر طه :٢٠١٠) ،(لويس مليكه : ١٩٨٠) (صفوت فرج :١٩٨٩) ،(فاروق عبد الفتاح موسي : ١٩٨٩) ، (*Kablan & Saccuzzo*:1993) .

كما قام الباحث بالحصـــول علي مجموعة من المقاييس الأجنبية والقيام بترجمتها والاســتفادة منها في إعداد مجموعة من العبارات بلغت ١٦٢ عبارة شـملت أنماط اضـطرابات النوم وأسـبابها الفسـيولوجية والنفسـية والاجتماعية وآثرها على الشخص نفسياً واجتماعياً وبدنياً.

صياغة البنود :

تعتبر عبارات المقياس قصـيرة، محددة وغير متداخلة – بحيث تكشـف عن نمط واحد من أنماط اضـــطرابات النوم - مثبتة (وغير منفية) ومفرداتها بسـيطة من حيث الصـياغة اللغوية ، وكان ذلك ضـروري لمواجهة التشـتت والملـل والنســيان الـذي يصـــيب المفحوصـــين غـالبـا (*Shapisro* & *Rathouse*:1990).

الدرجة علي المقياس :

في هذه المحاولة لوضــع أسـلوب موضـوعي مقنن لحسـاب وزن شـدة الاستجابة علي بنود المقياس . ظهرت مشكلة اختيار الطريقة المناسبة لتقدير الدرجة وكانت البدائل المطروحة كما يلي :-

١- أسـلوب الاسـتجابة نعم أو لا وهنا يتعين علي المبحوث أن يجيب باختيار أحد الإجابتين ونستبدل نعم بدرجة ولا بصفر . بيد أن هذا الأسلوب يعني أن الصـفة توجد أو لا توجد - الكل أو لا شـيء – ومن ثم لن تتم عملية قياس تباينات هذا الوجود من حيث الشدة .

٢- أسـلوب حسـاب شـدة الاسـتجابة باسـتخدام مقياس خماسـي التقدير *5-point- scale*وفي هذه الطريقة تحسـب الدرجة علي أسـاس كمي متدرج وهذا من شـأنه أن يعرض بدائل كثيرة قد تسـاعد في تشـتت المفحوص بالإضـافة إلي صـعوبة القدرة التمييزية من جانبه فيلجأ إلي الاختيار العشوائي أو الاتجاه نحو الاستجابة الوسطى .

٣- أسـلوب حسـاب الشـدة باسـتخدام مقياس ثلاثي التقدير *3-POINT-SCALE* وذلك عن طريق تحديد الفئات التالية لا توجد – توجد أحيانا – توجد كثيراً . ويعطي المفحوص صفراً إذا أجاب بـ لا توجد ، ودرجة إذا أجاب بـ توجد أحياناً ، ودرجتين إذا أجاب بـ توجد كثيراً ، وبهذا بمكن حساب شدة الاضطراب ، إذ أنه من السمات التي توجد بدرجات متباينة لدي الأفراد .

الخصائص السيكومترية للمقياس :

مستوي صدق البنود: ويقصد به حسن قياس البند للخاصية في اتساق مع بقية بنود الاختبار، أو تنبؤه بالمحك الخارجي، ويستخدم لذلك الغرض طريقة المجموعات المتطرفة أو المعارضة ، عن طريق معادلة جونسون ، ولحساب مستوي صدق البنود تم تطبيق المقياس علي عينة قدرها ١٠٠ من الذكور والإناث الراشدين والمسنين ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٧٠ عاماً ويعملون في مهن مختلفة (المدرسون والمهندسون والطلاب والموظفون وعمال الصناعة والمسنون والمتقاعدون) بمحافظات القاهرة والجيزة والقليوبية والشرقية ، ومدينة العاشر من رمضان وتم أخذ عدد ٣٠ مفحوصاً ممن تتراوح درجاتهم بين ٤٥-٧٦ درجة خام باعتبارهم المجموعة الأعلى .، وأخذت عينة قدرها ٣٠ ممن تتراوح درجاتهم بين ١٠-٢٥ درجة خام باعتبارهم المجموعة الأدنى .، وتم تطبيق المعادلة السابقة علي بنود الاختبار وتم التوصل إلي النتائج التالية:- [أنظر الجدول رقم (١)] .

جدول (١) يوضح صدق بنود المقياس وعددهم ٥٥ بنداً

رقم البند	معامل الصدق	رقم البند	معامل الصدق	رقم البند	معامل الصدق
١	٠,٤٤	١٩	٠,٤٨	٣٧	٠,٦٧
٢	٠,٥٧	٢٠	٠,١١	٣٨	٠,٥٩
٣	٠,٩٢	٢١	٠,٢٦	٣٩	٠,٥٩
٤	٠,٣٦	٢٢	٠,٩٢	٤٠	٠,٦٧
٥	٠,٢٦	٢٣	٠,٥٩	٤١	٠,٣٧
٦	٠,٠٧٤	٢٤	٠,٤١	٤٢	٠,٦٣
٧	٠,٣٧	٢٥	٠,٤٤	٤٣	٠,٤٣
٨	٠,٤٨	٢٦	٠,٦٣	٤٤	٠,٥٩
٩	٠,٥٩	٢٧	٠,٠٣٧	٤٥	٠,٣٠
١٠	٠,٥٥	٢٨	٤٤	٤٦	٠,٣٠

رقم البند	معامل الصدق	رقم البند	معامل الصدق	رقم البند	معامل الصدق
١١	٠,٢٦	٢٩	٠,٧٠	٤٧	٠,٥٥
١٢	٠,٢٢	٣٠	٠,١١	٤٨	٠,٨٥
١٣	٠,٥٥	٣١	٠,٤٨	٤٩	٠,٤١
١٤	٠,٧٨	٣٢	٠,١٨	٥٠	٠,٤١
١٥	٠,٠٧٤	٣٣	٠,٥٢	٥١	٠,٤٤
١٦	٠,٧٤	٣٤	٠,٤٨	٥٢	٠,٢٦
١٧	٠,٤٨	٣٥	٠,٤١	٥٣	٠,٤٤
١٨	٠,٥٢	٣٦	٠,٤٤	٥٤	٠
				٥٥	٠,٦٧

ونظراً لعدم بلوغ بعض البنود مستوي الصدق الملائم تم حذف البنود أرقام (٥٤،٥٢،٤٦،٤٥،٣٢،٣٠،٢٧،٢١،٢٠،١٥،١٢،١١،٦،٥).
وهكذا تم حذف ١٣ بنداً والإبقاء علي البند رقم ٢٧ حتى يتضمن المقياس نمط المشي أثناء النوم، ولعل عدم دلالة الدرجة علي هذا البند تعود إلي ندرة هذا الاضطراب لدي الراشدين والمسنين.

بنود المقاييس الفرعية قبل وبعد حساب صدق البنود:

كانت بنود المقاييس قبل حساب صدق البنود ٥٥ بنداً وبعد حساب الصدق تم حذف ١٣ بنداً ليصبح المقياس ٤٢بنداً.

صدق الارتباط بالمحك :

باستخدام طريقة المجموعات المتناقضة *Contrasted Groups* حيث يعد التناقص بين الجماعات أحد طرق حساب الصدق حيث يصبح اختلاف الدرجات علي المقياس تابعاً للتناقض بينها . (فرج طه ،١٩٧٣:١١٣)، ومن ثم فقد تم عرض السؤال التالي:- هل لديك مشكلات مرتبطة بالنوم ؟ نعم أو لا علي مجموعة من الراشدين ٨٧ من الذكور و ٥٦ من الإناث ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٥٠ عاماً من طلاب كلية الآداب ببنها والمدرسين

والمهندســين وعمال الصــناعة والموظفين وربات البيوت بمحافظة القاهرة ، الجيزة والقليوبية والشـرقية ومدينة العاشـر من رمضـان، ولقد أجاب ٣٥ من الذكور بنعم ،٥٢ أجابوا بلا و ٣٥ من الإناث أجبن بنعم و ٢١ أجبن بلا وتم بعد ذلك تطبيق مقياس اضـطرابات النوم علي العينة، وبلغت نسـبة ممن أجبن من الإناث ٦٢,٥% ن = ٥٦. وتم حساب قيمة "ت" لمعرفة دلالة الفرق بين الذين أجابوا بنعم باعتبارهم مجموعة مرضـــية والذين أجابوا بلا، لتحديد هل يميز المقياس بين الذين أقروا بوجود مشـــكلات مرتبطة بالنوم عن الذين لا يعانون من مشكلات مرتبطة بالنوم ؟ [انظر الجدولين رقمي ٢، ٣].

جدول (٢)

يوضح قيمة اختبارات "ت" بين المجموعتين من الذكور ودلالتها .

م	أنماط اضطرابات النوم	ذكور يعانون ن ٣٥		ذكور لا يعانوا ن ٥٢		قيمة ت
		م	ع	م	ع	
١	الأرق	١٣	٢,٨	٨,٦	٣	٦,٧***
٢	فرط النوم	٧،٤	٣,٣	٢,٨	٢,٣	٨***
٣	غشية النوم	٣،٨	١,٥	٢,٨	٢,٢	١,٣
٤	بهر التنفس أثناء النوم	٢،٤	٢,٢	٠,٨	١,٢	٤,٤***
٥	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	٧،٩	٢,٤	٥,٨	٢,٥	٤***
٦	الفزع والكابوس	٤,١	٢,٢	٢	١,٤	٥,٦***

٧	اضطرابات مصاحبة النوم	٠,٢	٠,٦	٠,١	٠,٤	٠,٨٥
٨	المشي أثناء النوم	٥	٢,٥	١,٨	١,٦	٧,١***
٩	اضـطراب نوم مرتبط بظروف خارجية	٣,١	١,٦	١,٩	١,٢	٤***
١٠	المقياس الكلي	٤٦	٩,٨	٢٥	٦,٣	١٢***

* قيمة ت دالة عند مستوي ٠,٠٥ ** قيمــة ت دالــة عنــد مستوي٠,٠١

*** قيمة ت دالة عند مستوي٠,٠٠١

م	أنماط اضطرابات النوم	إناث يعانين ن ٣٥		إناث لا يعانين ن ٢١		قيمة ت
		م	ع	م	ع	
١	الأرق	١١,٨	٣,٤	٨,٢	٢,٦	٤,١***
٢	فرط النوم	٦,٧	٣,٥	٢,٩	٢,٣	٤,٣***
٣	غشية النوم	٢,٨	١,٢	١,٥	١,١	٤***
٤	بهر التنفس أثناء النوم	١,٦	١,٧	٠,٦	١,١	٢,٥*
٥	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	٨,٧	٢,٢	٦,٢	٢,١	٤,٢***
٦	الفزع والكابوس	٤,٢	٢	٢	١,٤	٤,٦***
٧	اضطرابات مصاحبة النوم	٠,١٤	٠,٤	–	–	١,٥
٨	المشي أثناء النوم	٤,٢	٢,٥	١,١	١,٩	٥,٣***
٩	اضطراب نوم مرتبط بظروف خارجية	٣,٩	١,٢	٢,٩	١,٤	٢,٨**

١٠	المقياس الكلي	٤٤,١	٧,٨	٢٤	٦,١	١٠***

* قيمة ت دالة عند مستوي ٠,٠٥ . ** قيمـة ت دالـة عنـد مستوي٠,٠١ .

*** قيمة ت دالة عند مستوي٠,٠٠١.

من خلال الإطلاع علي الجدولين ٢، ٣ يتضـح تمتع المقياس بمسـتوي صـدق مرتفع، حيث ارتفاع دلالة قيمة "ت" في مجموعة الذكور والإناث لمن أجابوا بنعم ولا ، أما عدم دلالة قيمة "ت" في مقياس المشـي أثناء النوم ربما يعود لعدم اعتراف العينـة بوجود الاضـطراب أو لندرة انتشـاره لـدي فئـة الراشدين.

ثبات المقياس طريقة إعادة تطبيق الاختبار:

تم حسـاب ثبات المقياس بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بعد فترة زمنية أسـبوعين علي مجموعة من الراشـدين الذكور والإناث ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٥٠ عـامـاً (من الطلاب بجـامعـة بنهـا والمـدرسـين والموظفين) بمحافظة القاهرة والقليوبية والشرقية [انظر الجدول (٤)].

جدول (٤)

يوضح قيمة معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار لعينة من الراشدين

م	المقياس	ذكورن = ٢٦	إناثن = ١٩
١	الأرق	٠,٥٨**	٠,٧٩**
٢	فرط النوم	٠,٧**	٠,٦٧**
٣	غشية النوم	٠,٤٣*	٠,٥٩**
٤	بهر التنفس أثناء النوم	٠,٤٧*	٠,٣٦
٥	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	٠,٧٠**	٠,٥١*
٦	الفزع والكابوس	٠,٦٥**	٠,٦٢**
٧	المشي أثناء النوم	٠,٠٢	–

٨	اضطرابات مصاحبة النوم	٠,٧٤**	٠,٨١**
٩	اضطراب نوم مرتبط بظروف خارجية	٠,١٩	٠,٧٠**
١٠	المقياس الكلي	٠,٩٢**	٠,٨١**

*القيمة دالة عند مستوي ٠,٠٥ ، **

قيمة دالة عند مستوي ٠,٠١

كما تم إعادة التطبيق بعد فترة ٥٥ يوماً من التطبيق الأول، حيث يرى صفوت فرج أن من الأفضل حساب معامل ثبات الاختبار بحساب الثبات علي مدى أكثر من فترة زمنية وذلك لاحتمال تأثر أداء العينة على الاختبار (صفوت فرج، ١٩٨٩). فتم تطبيق الاختبار علي عينة من الراشدين الذكور والإناث ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٥٠ عاماً من الطلاب والموظفين والمدرسين وربات البيوت بمحافظة القاهرة والقليوبية، وبلغت ٢٢ من الذكور و ١٥ من الإناث [أنظر الجدول رقم(6)] .

جدول (٥)

يوضح ثبات المقاييس الفرعية والمقياس الكلي

م	المقياس	ذكور ن = ٢٢	إناث ن = ١٥
١	الأرق	٠,٥٢*	٠,٤٧*
٢	فرط النوم	٠,٨٨**	٠,٧٢**
٣	غشية النوم	٠,٦٨**	٠,٧٨**
٤	بهر التنفس أثناء النوم	٠,٦٥**	٠,٤٩*
٥	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	٠,٩٠**	٠,١٤
٦	الفزع والكابوس	٠,٦٨**	٠,٥٢*
٧	المشي أثناء النوم	٠٠٠٠٠	٠٠٠٠٠

٨	اضطرابات مصاحبة النوم	٠,٧٩**	٠,٦٧**
٩	اضـــطراب نوم مرتبط بظروف خارجية	٠,٧٤**	٠,٦٢**
١٠	المقياس الكلي	٠,٩٢**	٠,٨٤**

* دالة عند مستوي ٠,٠٥ **

دالة عند مستوي ٠,٠١

يتضـــح من الجدول (٥) تمتع المقياس بثبات مرتفع فيما عدا مقياس المشـــي أثناء النوم لدي الذكور والإناث وإضـطراب إيقاع النوم واليقظة لدي الإناث.

ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية :

تم تصـــنيف المقياس إلي زوجي وفردي بعد تطبيقه علي عينـة من الراشـــدين والذكور والإناث (طلاب الجامعة – العاملون – المهندســـون – عمال الصـــناعة – الموظفون) من محافظات القاهرة والقليوبية ، الجيزة ، الشـرقية ، ومدينة العاشـر من رمضــان ، ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٠-٥٠ عاماً ، وبلغت عينة الذكور ٩٠ والإناث ٤٧ ، وعينة المســنين ٤٠ من الذكور و ٣٠ من الإناث ممن يقيمون بدار الجمعية الخيرية الإسلامية لرعاية المسنين بالسيدة زينب بالقاهرة وجمعية الهلال الأحمر ببنها ، وتم حساب معامل الثبات باستخدام معادلة سبيرمان –براون وبعد ذلك تم الكشف عن معامل الثبات بعد تصـحيح الطول في (فؤاد السـيد،١٩٥٨: ٦٦) ، وبلغ معامل الثبات في عينة الراشـدين (الذكور ٠,٨٥ والإناث ٠,٨٢) وفي عينة المسـنين(الذكور ٠,٨٦ والإناث ٠,٨١)، وذلك للدرجة الكلية علي المقياس.

تعليمات تطبيق المقياس:

يتم تطبيق المقياس فردياً أو جماعياً ، ويوجد بكراسـة الأسـئلة التعليمات التي توضح طريقة الإجابة.

طريقة تصويب المقياس :

يتكون المقياس من ٤٢ عبارة كل واحدة منها في صـــورة مقياس ثلاثي (توجد كثيراً ،توجد أحيانا، لا توجد) ، يعطي الفرد درجتين إذا أجاب بتواجد كثيراً ودرجة واحدة إذا أجاب بتواجد أحيانا ، وصفرا إذا أجاب بلا توجد.

ويتم جمع العبارات الخاصـة بكل مقياس فرعي ، أما الدرجة الكلية فهي مجموع الدرجات علي المقاييس الفرعية [انظر الجدول رقم (٦)].

وتشـير الدرجة التائية ٥٠ إلى وجود اضـطراب النوم بدرجة متوسـطة ،أما الدرجة التائية ٧٠ فأكثر فتشـير إلى درجة مرتفعة من اضـطرابات النوم سـواء في المقاييس الفرعية أو المقياس الكلي ، والدرجة التائية أقل من ٥٠ فتشير إلى أن اضطرابات النوم أقل من الدرجة المتوسطة.

وبهذا يتم التعرف على البروفيل الخاص بأنماط اضطرابات النوم بهدف الكشـف عن طبيعة المشـكلات المتصـلة بالنوم لدى الشـخص حتى نتمكن من معرفة أي أنماط اضطرابات النوم التي يعاني منها.

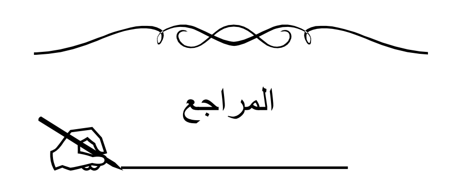
جدول رقم (٦)

يوضح عدد بنود كل مقياس فرعي وأرقام تلك البنود في مفاتيح التصويب

م	المقياس	أرقام البنود
١	الأرق	١،٦،١٠،٢٥،٣٥،٤٠
٢	فرط النوم	٣،٨،١٢،١٤،١٨،٢٤،٢٨،٣٠،٣٨
٣	غشية النوم	٥،١٣،٢٣
٤	بهر التنفس أثناء النوم	٢،١٩،٢٩،٣٩
٥	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	١٥،٢٠،٢٢،٣٣
٦	الفزع والكابوس	١٦،١٧،٣١،٤٢
٧	اضطرابات مصاحبة النوم	٤،٧،٩،١١،٢٦،٣٤،٣٦،٣٧
٨	اضـطراب نوم مرتبط بظروف خارجية	٢١،٣٢،٤١
٩	المشي أثناء النوم	٢٧

حساب المعايير:

تم حســـاب معايير في صـــورة درجات تائية لبيانات ١٨٥ من طلاب الجامعة والمدرسين والموظفين والمهندسين وربات البيوت وعمال الصناعة بمحافظة القاهرة والجيزة والقليوبية والشـرقية ومدينة العاشـر من رمضان(١١٥من الذكور بمتوسط عمر ٣١،٦٢عاماً وانحراف معياري ٩،١) و(٧٠من الإناث بمتوســط عمر ٢٩ عاماً وانحراف معياري ٧،٣)، و (٥٠ من المســنين بمتوســط عمر ٦٧ عاماً وانحراف معياري ٣،٧) و(٥٠ من المسنات بمتوسط عمر ٦٨،٤ عاماً وانحراف معياري ٥،١). وعينة المسنين من المقيمين بدار الجمعية الخيرية الإســلامية لرعاية المســنين بالســيدة زينب بالقاهرة ، وجمعية الهلال الأحمر ببنها بمحافظة القليوبية.



المراجع

القرآن الكريم :

١. أبو الفداء عزت (ب ت): أسرار في عالم النوم. مؤسسة بدران للطباعة والنشر والتوزيع . القاهرة.
٢. أبو عبد الله البخاري(١٩٨٦): صحيح البخاري . عالم الكتب . القاهرة.
٣. أبو مدين الشافعي(١٩٤٤): النوم والأرق. مكتبة نهضة مصر ، القاهرة.
٤. أحمد رضوان(١٩٨٦): النوم فن. دار المعارف. القاهرة.
٥. أحمد عكاشة(٢٠٠٧): الطب النفسي المعاصر. مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة .
٦. أحمد فائق (١٩٦٧): التحليل النفسي بين العلم والفلسفة. مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.
٧. أحمد محمد عبد الخالق وعادل شكري وعبد الفتاح دويدار وعويد سلطان المشعان وعدنان عبد الكريم الشطي(١٩٩٣): محتوي التفكير قبل النوم دراسة مسحية ارتباطيه ، المجلة المصرية للدراسات النفسية عدد ٤ ، مكتبةالأنجلو المصرية ، القاهرة .
٨. أحمد محمد عبد الخالق وعويد سلطان المشعان وعدنان عبد الكريم الشطي(١٩٩٥): موضوعات التفكير قبل النوم لدي عينة من طلاب جامعة الكويت ، مجلة العلوم الاجتماعية مجلد ٢٣، عدد ٢ مجلس النشر العلمي جامعة الكويت.
٩. أحمد محمد عبد الخالق ومايسة النيال(١٩٩١): الدافع للإنجاز وعلاقته بالقلق والانبساط. مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسين المصرية،عدد أكتوبر، القاهرة .
١٠. أحمد محمد عبد الخالق ومايسة النيال(١٩٩٢): اضطرابات النوم وعلاقتها بكل من الاكتئاب والقلق والوساوس. المجلة المصرية للدارسات النفسية عدد ١، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.

١١. أحمد محمد عبد الخالق(١٩٨١،ا): الأثر اللاحق لبريمة أرشميدس بوصفه مقياسا موضوعيا للانبساط .في بحوث في السلوك والشخصية. المجلد الأول . تحرير: أحمد عبد الخالق. دار المعارف . القاهرة.
١٢. أحمد محمد عبد الخالق(١٩٨١،ب): الارتباط بين بنية الجسم وبعدي الشخصية "الانبساط والعصبية". في بحوث في السلوك والشخصية. المجلد الأول .تحرير: أحمد عبد الخالق. دار المعارف . القاهرة.
١٣. أحمد محمد عبد الخالق(١٩٨١،ج): الانبساط والعصبية أبعادا أساسية للشخصية لدى عدد من العينات المصرية. في بحوث في السلوك والشخصية. المجلد الأول. تحرير: أحمد عبد الخالق. دار المعارف. القاهرة.
١٤. أحمد محمد عبد الخالق(١٩٩٣،أ): أسس علم النفس العام . دار المعرفة الجامعية.الإسكندرية.
١٥. أحمد محمد عبد الخالق(١٩٩٣،ب): اضطرابات الضغوط التالية للصدمة بوصفها أهم الآثار السلبية للعدوان العراقي على الكويت . مجلة عالم الفكر . مجلد ٢٢، عدد١ . وزارة الإعلام . الكويت.
١٦. أحمد محمد عبد الخالق(٢٠٠٧): معدلات انتشار الأرق وعواقبه لدى عينة من الراشدين الكويتيين. مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسين المصرية. (١٧)، ١ .
١٧. أحمد مشاري العدواني(١٩٧٥): الشيخوخة. مجلة عالم الفكر .مجلد ٦،عدد٣. وزارة الإعلام . الكويت.
١٨. إديث بيرجي(١٩٨٧): مشكلة الشيخوخة .رسالة اليونسكو . عدد٣١٥، الطبعة المصرية .مركز مطبوعات اليونسكو.القاهرة.
١٩. ألكسندر بوربلي(١٩٩٢): أسرار النوم. ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة سلسلة عالم المعرفة ، عدد ١٦٣ ، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب الكويت .
٢٠. ألن هوبسن (١٩٩٢): النوم وأسراره وخفاياه . ترجمة عدنان عضيمة ، مجلة الفيصل عدد ١٩٠ ، الرياض.
٢١. إلياس أنطون وإدوارد إلياس(١٩٧٩): قاموس إلياس العصري. ط٢٣، مطبعة دار العالم العربي. القاهرة.
٢٢. آمال صادق وفؤاد أبو حطب(١٩٩٥): نمو الإنسان من مرحلة الجنين حتى مرحلة الشيخوخة. مكتبة الأنجلو المصرية . القاهرة.

٢٣. أمينة عبد الله حسن بدوي(١٩٨٥): السمات الشخصية للمتقاعدين العاملين وغير العاملين. رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الزقازيق.

٢٤. آن تايلور ، وليديسلوسلاكن، ، د.ر. ديفز، ج. ت. ريزون، ر.تومسون، أ.م. كولمان (١٩٩٦) : مدخل إلى علم النفس . ترجمة عيسى سمعان. ط ٢. الجزء الأول . منشورات وزار الثقافة . دمشق.

٢٥. بشير الرشيدي وطلعت منصور وإبراهيم الخليفي وفهد الناصر وبدر بورسلي ومحمد النابلسي وحمود القشعان (٢٠٠٠): سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية ـ.مكتب الإنماء الاجتماعي، الديوان الأميري، الكويت.

٢٦. جابر عبد الحميد جابر ومحمد فخر الإسلام(ب ت): قائمة أيزنك للشخصية. كراسة التعليمات. دار النهضة العربية. القاهرة.

٢٧. جابر عبد الحميد جابر(١٩٨٦): نظريات الشخصية . دار النهضة العربية. القاهرة.

٢٨. جون ج. تايلور(١٩٨٥): عقول المستقبل . ترجمة لطفي فطيم . سلسلة عالم المعرفة عدد٩٢. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت.

٢٩. حامد عبد العزيز العبد(١٩٨٤): الشيخوخة ومراحلها ووسائل رعايتها . في التقدم في السن دراسات اجتماعية ونفسية . تحرير عزت إسماعيل . دار القلم . الكويت.

٣٠. حسن إبراهيم عبد العال(١٩٩٣): التربية والشيخوخة : دراسة للأبعاد التربوية لظاهرة الشيخوخة في فكر الإمام أبي الفرج ابن الجوزي. مجلة البحوث النفسية والتربوية . عدد ١ .كلية التربية . جامعة المنوفية.

٣١. حسن صادق المرصفاوي(١٩٧٥): الشيخوخة في نطاق القانون الجنائي. مجلة عالم الفكر. مجلد ٦، عدد٣. وزارة الإعلام . الكويت.

٣٢. حسين سعد الدين(١٩٨٩): نمط العلاقة وكمها بين التعطل عن العمل وبعض السمات الانفعالية والنفسية لدى المسنين. رسالة دكتوراه. كلية الآداب. جامعة طنطا.

٣٣. حسين عبد القادر وفرج طه وشاكر قنديل ومصطفي كامل (٢٠١٤):موسوعة علم النفس والتحليل النفسي.ط٥، مكتبة الزهراء للنشر والتوزيع. الرياض.

٣٤. حسين عبد القادر وحسين سعد الدين(١٩٩٢): السيكودراما والاكتئاب "دراسـة لجماعات من مرضـى الاكتئاب. دار عامر للطباعة والنشـر. المنصورة.
٣٥. خالد الطحان(١٩٨٤): قضـايا الشـيخوخة نظرة مستقبلية . في التقدم في السن دراسات اجتماعية ونفسية . تحرير عزت إسماعيل .دار القلم . الكويت.
٣٦. دانييل لاجاش(١٩٧٩): المجمل في التحليل النفسي . ترجمة مصطفي زيور وعبد السلام القفاش. مطبعة جامعة عين شمس. القاهرة.
٣٧. ريتشـارد بوثبي(٢٠١٤): أفكار لا كان عن النرجسـية. ترجمة خالد محمد عبد الغني. مجلة علم النفس.العدد ١٠٠. الهيئة المصـرية العامة للكتاب. القاهرة.
٣٨. ريتشارد م. سوين (١٩٨٨): علم الأمراض النفسـية والعقلية. ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة ، ط ١، الكويت، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
٣٩. سـامي عبد القوي علي(١٩٩١): علم النفس الفسيولوجي . ط١ . دار أتون للنشر القاهرة .
٤٠. سـامي عبد القوي علي(١٩٩٦) : مدخل إلي علم الأدوية النفسـية . مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
٤١. ستانلي باركر(١٩٨٨):العمل والتقاعد . عرض وتقديم ممدوحة سلامة. مجلة علم النفس .عدد٦ . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
٤٢. سعيدة أبو سوسو(١٩٩٠): الحاجات النفسية للمرأة المسنة. مجلة علم النفس .عدد١٦ . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
٤٣. سهير كامل أحمد(١٩٨٧): الاكتئاب والانطواء الاجتماعي لدى المسنين المتقاعدين في البيئتين المصـرية والسـعودية. مجلة دراسـات تربوية . مجلد٢. جزء٧. القاهرة.
٤٤. سهير كامل أحمد(١٩٩١): الحرمان من البيئة الطبيعية وعلاقته بالصحة النفسية لدى عينة من المسنات بدور الرعاية الخاصة . مجلة دراسات نفسية رابطة الأخصائيين النفسين المصرية (١) ، ٤ . القاهرة.
٤٥. سوسن عبد الهادي(١٩٩٣): دراسة وجهة الضبط وتأكيد الذات لدى عينة من المسـنين وعلاقتها بالتقاعد ومكان الإقامة "دراسـة أمبريقية مقارنة". مجلة علم النفس المعاصـر. مجلد٣. عدد٩. قسـم علم النفس بآداب المنيا.

٤٦. سيجموند فرويد(٢٠١٢) : تفسير الأحلام . ترجمة مصطفي صفوان. الهيئة المصرية العام للكتاب. القاهرة.
٤٧. سيجموند فرويد(١٩٧٨): محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي. ترجمة أحمد عزت راجح. مكتبة الأنجلو المصرية. القاهرة.
٤٨. سيجموند فرويد(١٩٧٩): خمس حالات من التحليل النفسي. ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق.جزء ١ . مكتبة الانجلو المصرية. القاهرة.
٤٩. سيد غنيم(١٩٧٥): سيكولوجية الشخصية. دار النهضة العربية. القاهرة.
٥٠. شاهيناز عبد الهادي(١٩٨٦): الحاجات النفسية للمسنين "دراسة ميدانية". رسالة ماجستير. كلية البنات. جامعة عين شمس.
٥١. صفوت فرج(١٩٨٩): القياس النفسي . ط٢، الأنجلو المصرية ، القاهرة.
٥٢. صلاح الدين عبود ومها عبود(٢٠٠٧): القلق وعلاقته بالإصابة في الرأس لدى الأطفال. مجلة علم النفس، عدد ٧٤/٧٣ . الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة .ص ص ١٩٠ -٢٠٩ .
٥٣. صلاح الدين محمود علام(١٩٩٣): الأساليب الإحصائية الإستدلالية البارامترية واللابارامترية في تحليل بيانات البحوث النفسية والتربوية . دار الفكر العربي ، القاهرة .
٥٤. صلاح مخيمر(١٩٧٩): في علم النفس العام. مكتبة سعيد رأفت. القاهرة.
٥٥. عادل كمال خضر(١٩٩٧): الفائدة الإكلينيكية للأحلام في العلاج النفسي. مجلة علم النفس . عدد ٤٤ . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
٥٦. عبد الحميد شاذلي حمادة(١٩٩٠): توافق المسنين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية. رسالة دكتوراه . كلية التربية . جامعة بنها.
٥٧. عبد الرحمن عدس ومحيي الدين توق (١٩٨٦): المدخل إلى علم النفس. ط ٢. جون وايلي وأولاده. نيويورك ، شيشستر بريسبين تورنتو.
٥٨. عبد الستار إبراهيم وآخرون (١٩٩٣) : العلاج السلوكي لاضطرابات الأطفال. سلسلة عالم المعرفة . عدد١٨٠. المجلس الوطني للثقافة والآداب. الكويت.

٥٩. عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم(١٩٩٦): الحضارة والعلاج النفسي خبرة سلوكية في إطار عربي. مجلة العلوم الاجتماعية . مجلد٢٤. عدد٣. مجلس النشر العلمي . جامعة الكويت.
٦٠. عبد السلام عبد الغفار (١٩٩٠): مقدمة في الصحة النفسية . دار النهضة العربية.القاهرة .
٦١. عبد المحسن صالح(١٩٧٥): شيخوخة الكون. مجلة عالم الفكر . مجلد ٦ عدد٣. وزارة الإعلام . الكويت.
٦٢. عبد المنعم الحنفي(١٩٩٢) : موسوعة علم النفس والطب النفسي . مكتبة مدبولي ، القاهرة.
٦٣. عبد العزيز جادو(١٩٥٦): الأحلام والرؤى .سلسلة اقرأ. عدد١٦٦.دار المعارف . القاهرة.
٦٤. عبد المنعم الحفني(١٩٩٢): موسوعة علم النفس والطب والنفسي. مكتبة مدبولي. القاهرة.
٦٥. عبد المنعم عاشور(١٩٨٧):سيكولوجية المسنين. مجلة علم النفس . عدد ١ . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
٦٦. عزت إسماعيل(١٩٨٤): التغيرات النفسية المصاحبة للشيخوخة ومراحلها ووسائل رعايتها . في التقدم في السن دراسات اجتماعية ونفسية .تحرير عزت إسماعيل . دار القلم . الكويت.
٦٧. عزة عبد الكريم مبروك(٢٠٠٣): سوء معاملة كبار السن : الأسباب والنتائج مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (١٣) ، ٣ .
٦٨. عزة عبد الكريم مبروك(٢٠٠٧): أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين المصريين . مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (١٧) ، ٢ .
٦٩. عزة عبد الكريم مبروك(٢٠٠٢): مؤشرات التنبؤ بالتقدير الذاتي للصحة الجسمية لدى المسنين. مجلة دراسات نفسية ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (١٢) ، ٣ .
٧٠. علي الوردي(١٩٩٤): الأحلام بين العلم والعقيدة. دار كالوفان. لندن.
٧١. علي عبد السلام علي(١٩٩٢): إبداع المسنين تحت ضغط الأبناء دور المسنين وعلاقته ببعض المتغيرات الاجتماعية والنفسية. مجلة كلية التربية . عدد١٨. جامعة الزقازيق.

٧٢. علي محمد الديب(١٩٨٨): العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل. مجلة علم النفس . عدد ٦ . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
٧٣. عمر شاهين ويحيى الرخاوي(١٩٧٧): مبادئ الأمراض النفسية. مكتبة النصر الحديثة . القاهرة.
٧٤. فؤاد البهي السيد(١٩٧٥): الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة. دار الفكر العربي. القاهرة.
٧٥. فؤاد البهي السيد(١٩٨): الجداول الإحصائية لعلم النفس والعلوم الإنسانية الأخرى. دار الفكر العربي. القاهرة.
٧٦. فاخر عاقل(١٩٨٥): طبائع البشر.كتاب العربي . عدد٦. مطبعة حكومة الكويت.
٧٧. فاروق عبد الفتاح موسي(١٩٨٩): القياس النفسي .(ب.د) .
٧٨. فاطمة الغرباوي(١٩٧٥): الشيخوخة هل هي مرض. مجلة عالم الفكر . مجلد ٦، عدد٣. وزارة الإعلام . الكويت.
٧٩. فرج أحمد فرج(١٩٩٤): علم النفس تأملات في تاريخه وخواطر حول مستقبله. مجلة علم النفس . عدد ٣٧ . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
٨٠. فرج أحمد فرج(١٩٩٥): في الفكر السيكولوجي المعاصر. مجلة علامات في النقد . جزء١٦. مجلد ٤. النادي الأدبي الثقافي بجدة.
٨١. فرج عبد القادر طه (٢٠١٠): قراءات في علم النفس الصناعي والتنظيمي. مكتبة الزهراء، الرياض.
٨٢. فريزر هرس(١٩٤٨): مستقبل النوم . ترجمة محمد بدران ، مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .
٨٣. كالفن هول وجاردنر ليندزي(١٩٧٨): نظريات الشخصية . ترجمة فرج أحمد فرج وآخرون . دار الشايع للنشر. القاهرة.
٨٤. كاميليا علي وآخرون(١٩٨١): العصبية والانبساط والنضج الاجتماعي لدى مرضى الربو الشعبي. في بحوث في السلوك والشخصية المجلد الأول . تحرير أحمد عبد الخالق. دار المعارف . القاهرة.
٨٥. كريمة خطاب وساميه سمير شحاتة(٢٠٠٩): الوسواس القهري وعلاقته بعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى الطلاب.
٨٦. كمال دسوقي(١٩٨٨): ذخيرة علوم النفس. الدار الدولية للنشر. القاهرة.

٨٧. لويس كامل مليكة(١٩٩٠): دليل اختبار الشخصية المتعدد الأوجه. ب د.
٨٨. لويس مليكة(١٩٨٠) : علم النفس الإكلينيكي . الهيئة المصـــرية العامة للكتاب، القاهرة .
٨٩. ماجدة حامد(١٩٨٧): تنظيم الذاكرة لدى كبار الســـن. بحوث المؤتمر الثالث لعلم النفس . الجمعية المصرية للدراسات النفسية. القاهرة.
٩٠. مايســـة النيال وماجدة خميس(١٩٩٥): الســـعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية والشخصية لدى عينة من المسنين والمسنات. مجلة علم النفس . عدد ٣٦ . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
٩١. مجمع اللغة العربية(ب ت): المعجم الوسيط. ب د . القاهرة.
٩٢. محمد أبو بكر الرازي(ب ت) : مختار الصحاح . دار النهضة العربية . القاهرة.
٩٣. محمد حســـن غانم(٢٠٠٧): اضـــطرابات النوم لدى فئات إكلينيكية متعددة". في: دراســات في الشــخصــية والصـحة النفسـية.جزء ٢. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.
٩٤. محمد درويش محمد(١٩٨٥): علاقة اختلاف الســن والإقامة بمســتوى التوافق لدى المدرســـين المتقاعدين عن العمل في كل من العاصــــمة والأقاليم . رسالة ماجستير. كلية التربية . جامعة عين شمس.
٩٥. محمد سمير عبد الفتاح(١٩٨٨): سيكولوجية المسنين "دراسة في بعض القدرات العقلية وعلاقتها بمفهوم الذات. رســـالة دكتوراه . كلية الآداب. جامعة عين شمس.
٩٦. محمد شرف (ب ت): معجم العلوم الطبية. مكتبة النهضة. بيروت.
٩٧. محمد عبد السميع عثمان(ب ت): المشكلات التربوية المرتبطة برعاية المسنين. ب د.
٩٨. محمد عبد المقصـود علي(١٩٨٩): دراســة لبعض المتغيرات المرتبطة بالتوافق لدى المسنين. رسالة ماجستير. كلية التربية . جامعة طنطا.
٩٩. محمد عثمان نجاتي(١٩٦٠): علم النفس الصـــناعي . جزء ١ . مكتبة النهضة المصرية.
١٠٠. محمد عصام فكري(١٩٧٥): الشيخوخة. مجلة عالم الفكر .مجلد ٦، عدد٣. وزارة الإعلام . الكويت.
١٠١. محمد كامل وآخرون(١٩٨١): الفروق في العصبية والانبساط والكذب بين العمال الصـــناعيين كثيري التغيب وقليلي التغيب. في بحوث في

السلوك والشخصية المجلد الأول .تحرير أحمد عبد الخالق. دار المعارف .القاهرة.

١٠٢. محمد محروس الشناوي(ب ت): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع . القاهرة.

١٠٣. محمد محسن الصاوي(١٩٧٧): دراسة للحاجات النفسية للمتقاعدين من رجال التربية والتعليم. رسالة ماجستير.كلية التربية .جامعة عين شمس.

١٠٤. محمد نبيل عبد الحميد(١٩٨٦): اتجاهات الزوجة والأبناء نحو تقاعد الزوج وعلاقة ذلك بالتوافق النفسي. رسالة دكتوراه . كلية البنات . جامعة عين شمس.

١٠٥. محمد نبيل عبد الحميد(١٩٩٥): قلق الموت وعلاقته بكل من دافعية الإنجاز والجنس ونوعية التعليم لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة علم النفس عدد ٣٥ . الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة .ص ص ١٠٤ -١٢١.

١٠٦. محمد يسري دعبس(١٩٩٢): الحياة الاقتصادية للمسنين : دراسة انثروبولوجية لدور المسنين . البيطاش سنتر . الإسكندرية.

١٠٧. محمد يسري دعبس(١٩٩٣): التكوين النفسي للمسنين في الثقافات المختلفة . . وكالة البنا للنشر والتوزيع . الإسكندرية.

١٠٨. محمود أبو النيل(١٩٨٠): الإحصاء النفسي والاجتماعي . مكتبة الخانجي القاهرة.

١٠٩. محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٠) : النفس أسرارها وأمراضها . مكتبة الفجالة ، القاهرة .

١١٠. محمود عبد الرحمن حمودة(١٩٩٦): رؤى جديدة في الطب النفسي. مجلة علم النفس . عدد ٣٧ . الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.

١١١. مدحت فتوح حسين(١٩٩٢): تنظيم مجتمع المسنين. المطبعة التجارية الحديثة. القاهرة.

١١٢. مديحه العزبي(١٩٨٨): محل الإقامة واختلاف الجنس ودور الأنشطة والرضا عن دور الجد في علاقتهم بتقدير الذات لدى المسنين المتقاعدين. المؤتمر الطبي السنوي الحادي عشر . جامعة عين شمس.

١١٣. مديحة العزبي(١٩٩٢): نحو حياة أفضـــل للمســـنين "أهمية الدعم الاجتماعي والعاطفي في توافق المســنين. المجلة المصــرية للدراســات النفسية . عدد٢ . مكتبة الانجلو المصرية . القاهرة.
١١٤. مرفت عبد الحليم رمضـــان(١٩٨٤): صـــراع الدور لدى المســـنين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسـية والاجتماعية. رسـالة ماجسـتير.كلية البنات . جامعة عين شمس.
١١٥. مصـطفي رمضـان مظلوم(١٩٨٧): دراسـة مقارنة لمسـتوى التوافق لدى المسنين بين ذويهم وفي دور المسنين. رسالة ماجستير. كلية التربية . جامعة بنها.
١١٦. مصطفي زيور(١٩٨٦): في النفس "بحوث مجمعة في التحليل النفسي . مكتبة النهضة العربية. بيروت.
١١٧. نبيل محمد الفحل(١٩٩٠): متغيرات الشـخصـية وارتباطها بالاكتئاب لدى المسنين من الجنسين. رسالة ماجستير. كلية التربية . جامعة طنطا.
١١٨. نجوى عبد الحميد سـعد الله(١٩٩٢): دراســة انثروبولوجية مقارنة لأنماط التنشـــئة الاجتماعية في مجتمع محلي بدوي ومجتمع ريفي في مصر. دار المعرفة الجامعية . الإسكندرية.
١١٩. نيفين زيور(١٩٩٨): جاك لاكان "المرآة وتكامل صورة الجسد. مجلة أدب ونقد. عدد١٥٠. يصدرها حزب التجمع الوطني. القاهرة.
١٢٠. هاري ويلز(١٩٧٨): بافلوف وفرويد . ترجمة شـــوقي جلال . جزء ٢. الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
١٢١. هالة أحمد العمران(١٩٨٤): التوافق النفسـي للمسـنين . في التقدم في السـن دراسـات اجتماعية ونفسـية .تحرير عزت إسـماعيل . دار القلم . الكويت.
١٢٢. هانز أيزنك وسـبيلبرجر أيزنك (١٩٩١): اسـتخبار ايزنك للشـخصـية "دليل تعليمات الصـيغة العربية للأطفال والراشـدين. تعريب أحمد عبد الخالق. دار المعرفة الجامعية . الإسكندرية.
١٢٣. هايند مارش (١٩٩٠): علاج الأرق . مجلة الثقافة النفسـية . مجلد ١ ، عدد ٢ ، مركز الدراسـات النفسـية الجسـدية ، دار النهضـة العربية ، بيروت .
١٢٤. والتر كوفيل وآخرون (ب ت): الأمراض النفســية . ترجمة محمود الزيادي. مكتبة سعيد رأفت . القاهرة.

١٢٥. ولما دوناهي وهارولد اورباخ (١٩٨٠): علم الشـيخوخة الاجتماعي. ترجمة محمد عبد المنعم نور. الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة.
١٢٦. يسريه بدوي وآخرون (١٩٨١): سن البلوغ وعلاقته بالشخصية. في بحوث في السلوك والشخصية المجلد الأول .تحرير أحمد عبد الخالق. دار المعارف . القاهرة.
١٢٧. يوسـف ميخائيل اسـعد (١٩٨٢): معتقدات وخرافات.دار النهضـة العربية. القاهرة.

الدراسات الأجنبية:

128. *Aaron,J. et al (1996): environment noise as a cause of sleep disruption in an intermediate respiratory care unit.sleep. vol .(19) no.(9) p(707-710).*

129. *Ahmed,N(1991): role of sleep in modifying neuropsychaitric clinical entities .thesis submitid for partial of fulfillment of the m.a. degree .faculty of medicine ,ain shams university.*

130. *American Psychiatric Association: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (D.S.M. III) . American Psychiatric Press Washington Dc . 1980.*

131. *American Psychiatric Association: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (D.S.M. III R) . American Psychiatric Press Washington Dc . 1987.*

132. *American Psychiatric Association: Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders (D.S.M. IV) . American Psychiatric Press Washington Dc . 1994.*

133. *Berrttini W .H.(1980) Paranoid psychosis and sleep apnea syndrome. Amer . Jou. psychia. vol .(137) no.(4) p(493-494).*

134. *Bliwise,D.L. et al (1992): prevalence of sleep in a healthy population aged 50-60 .soc. sci.med.vol.(34),no.(1),pp.(49-55).*

135. *Buysse,D.J.,ReynoldsIII,C.F.;Hauri ,P,J.;Roth, T. ; Stepanski, E.J.;Thorpy M.J. ;Bixler, E O ; Kales A. ; Manfredi R.L., Vgontzas A.N.,v Stapf D.M, Houck, P.R., and Kupfer, D.J. (1994) Diagnostic concordance for DSM, IV Sleep disorders a report from the APA/ NIMH DSM-IV field trial. Am. J. psychiat. vol .(151) no.(9) p(1351-1360).*

136. *Crisp A .H. & Shapiro C.M. (1993) psychiatric aspects of sleep disorders and sleep patterns in psychiatric Conditions. In ABC of sleep disorders , editd By Shapiro C.M., Published by the BMJ*

137. *Driver H.S. & Shapiro C.M.(1993) parasomnias . In ABC of sleep disorders , editd By Shapiro C.M., Published by the BMJ publishing, Group tavistock square, London, WCIHGIR P.26-28.*

138. *Empson J. (1993) Sleep and Dreaming . Second revised edition , harvester wheatsheaf New York (USA).*

139. *EZ eldin ,A.(1987):psychophysiological and pathological aspects of sleep . .thesis submitid for partial of fulfillment of the m.a. degree .faculty of medicine ,ain shams university.*

140. *Fisher S.G. (1994) Sleep disorders. In Encyclopedia of Psychology, sec .edi. Edited by Corsini R . J ., vol (3) , john Wiley Sons. Inc U.S.A*

141. *Fisher S.G. (1994) Sleep disorders. In Encyclopedia of Psychology, Edited by Corsini R . J . second edition, vol (3) , john Wiley Sons. Inc U.S.A .*

142. *Foley, D.J., Monjan, A.A., ,et al (1995): sleep complaints among elderly persons 'an epidemologic syudy of three communities .sleep.vol.(18),no.(6),pp.(425-432).*

143. *Freeman: Theory and Practes Of Psychological Testing .holt, Rinehart and Winston :1962*

144. *Gaby G Bader, Thorvald Kampe, Thage Tagdae, Stig Karlsson And Mats Bolmqvist (1997) Descriptive Physiological Data On a sleep Bruxism Population . sleep vol .(20) no.(11) p.(982-990).*

145. *Gelder,M.et al.(1993): oxford text book of psychiatry .3th. ed. Oxford psychiatry ford university press ,educational by the British government.*

146. *Gislason(1987):prevalence of sleep complaints among swedish men . 'an epidemologic syudy.sprngier-verlage,berlin heidelberg.new york.*

147. *Gottlib,G.L.(1992): geriatric psychiatry" review of general psychiatry. .3th. ed.edited by Goldman ,H. appleleton and long u s a .*

148. *Graham ,R.(1994) physiological psychology .california adivisio of wodsworth.*

149. *Guilleminault&Roth(1993):hypersomnia. In Encyclopedia Of Sleep and dreaming edit by Mary A. Carskadon, Macmillan Publishing Company New York U.S.A .*

150. *Guyton,A(1996): states of brain activity .in physiology of the nervous system .9th edition .philadelphia savamolers. Wb.co .*

151. *Harding J. (1982) A Synopsis Of Psychiatry . pric Wright Psg Bristol London Boston. p.289-297.*

152. *Hartmann,E. (1993) Nightmares . In Encyclopedia Of Sleep and dreaming. edited by Mary A. Carskadon, Macmillan Publishing Company New York U.S.A. pp.406-408.*

153. *Hobson,J.A.(1996) sleep and dreaming . in companion encyclopedia of psychology .edited by Andrew M. Colman. edition 2 nd vol (1) ,Routledge London and New York.*

154. *Hoffstein V. , Mateika S. & Anderson D. (1994) snoring : is it in the ear of the beholder? Sleep (sep) vol. (17) no. (60 p.(522-526).*

155. *Hohagen ,et al(1994): prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities . .acta psychiatry . vol.(90),no.(1),pp.(102-108).*

156. *Husby & Lingiaerd(1990): prevalence of reported sleep illness in northen norway in related to sex ,age and season. .acta psychiatry . vol.(81),no.(4),pp.(542-547).*

157. Johns & Hocking (1997):daytime sleepiness and sleep habits of Australian workers .sleep . vol .(20) no.(10) p(844-849).

158. Kablan & Saccuzzo: Psychological Testing principles, Application and lssues. Third Edit ., Books locale Publishing Company Pacific Grove , Californaia ,U.S.A :1993

159. Kageyama. T. , Kabuto .M., Nitta. H., Kurokawa. Y., Taira. K., Suzuki .S., & Takemoto. T. (1997) Insonia Apopulation study on risk factors for insomnia among adult Japanese women: Apossible effect of road traffic volume .sleep. vol.(20),no.(11),pp.(963-971).

160. Lindberg E., Janson C., Gislason T., Bjornsson E, Hetta J. & Boman G. (1997) Gender and sleep disturbances sleep disturbances in a Young adult population : can gender differences Be Explained

161. Mahfouz ,T. et al (1982): sleep deprivation therapy " apart of an integrated plan in a special milieu .egypt .jou.psychia. vol .(5) no.(3) p(282-293).

162. *Mahmoud A. Hammouda (1993) Sleep disorders: Patterns and risk factors in a sample of non - psychiatric Egyptian population. Al - Azhar Medecal Journal, vol (22) Supplement (A) ,pp(13-27).*
163. *Mahowald, M.W. (1993) Sleep Walking . In : Encyclopedia of Sleep and dreaming edit by Carskadon M.A., Macmillan Publishing Company , NewYork . U.S.A p(578-579)*
164. *Mellman,et al (1995): sleep disturbance and its relationship to psychiatric morbidity after hurricane andrew .Amer.Journal psychiatry. vol.(152),no.(11),pp.(1659-1663).*
165. *Mikulincer ,M. et al (1989): the effects of 72 hours of sleep loss on psychological variables .British journal of psychology. vol.(80),no.(2),pp.(145-162).*
166. *Mishima ,K., et al .(1994): morning bright light therapy patients with and without insomnia complaint .acta psychiatry . vol.(84),no.(1),pp.(1-7).*
167. *Murray Johns & Bruce Hocking (1997) Excessive daytime sleepiness daytime sleepiness and sleep*

habits of Australian workers .sleep . vol .(20) no.(10) p(844-849).

168. *Nahed Salah el din Ahmed (1991) Role of sleep disorders in modifying neuropsychaitric clinical Entities .Thesis submitted for partial fulfilment of the Master Degree in neuropsychiatry. faculty of medicine ,Ain Shams, University.*
169. *Nilssen,et al(1997): sllping problems at 78 degrees north the svalbard study . .acta psychiatry . vol.(95),no.(1),pp.(44-48).*
170. *Ohayon , .M. M. Morselli P.L., & Guilleminault C., (1997). paransomnias prevalence of nightmares and their relation to psychopathology and daytime functiong in insomnia subjects. .sleep. vol.(20),no.(5),pp.(340-348).*
171. *Ohayon ,et al (1997): how a general poulation perceives its sleep and how this relates yo complant of insomnia .sleep. vol.(20),no.(9),pp.(715-723).*
172. *Okasha,A(1984)insomnia.egypt.jou.psychia. vol.(7),pp.(3-12).*

173. *Oswald :Sleeping and waking . Amsterdam : Elsevier Puplishing Company :1962.*

174. *Pollack ,C.P. et al.(1992):daily sleep reports and circadian rest "activity in elderly community residents with insomnia .biol. psychiatry . vol.(32),no.(10),pp.(1019-1027).*

175. *Reichman,W.E. et al .(1996): negative symptoms in Alzheimer disease .Amer.Journal psychiatry. vol.(153),no.(3),pp.(424-426).*

176. *Reynolds,C.F., Buysse D.J., Kupfer D.J., Hoch C.C. & et al (1990) rapid eye movement sleep deprivation as a probe in elderly subjectse .archives of general psychiatry, (Des) vol.(47),no.(12),pp.(1128-1136).*

177. *Richard Boothby : death and desire " psychoanalytic theory in lacan`s return to Freud ". Routledge, Chapman and Hall, Inc. ; New York .1991.*

178. *Rosenthal(1993):narcolepsy .in encyclopedia of sleep and drewming .edit by carskadon ,M. macmillan publishing company ,new york ,u s a .*

179. *Rosse,et al(1994):rapid eye movement sleep disturabance in posttramatic stress disorder .bio.psychia.vol.(35),no.(2),pp.(195-202).*

180. *Rumble & Margin (1992): hypnotics ,sleep and mortality in elderly people..Journal Amer.geriatry soc. vol.(40),no.(3),pp.(787-791).*

181. *Schramm, E., Hohagen, F., Grasshoff U., Riemann D., Hajak. G. weeb. H.G. & Berger. M. (1993) test – retest reliability and validity of a structured interview for sleep disorders according to DSM-III-R (SIS-D) . Am. J. psychiatry , vol.(150),no.(6),pp.(867- 872).*

182. *Schramm,et al(1995): mental comorbidity of chronnic insomnia in general practice atenders using DSM-III-R . .acta psychiatry . vol.(91),no.(1),pp.(10-17).*

183. *Shapiro C.M.& Rathous K. (1990) sleep disorders . in: A practical guide to the assessment of adult psychological problems measuring human problems edited By peck D.F. & Shapiro C.M. New York , John Wiley &Sons Ltd.*

184. *Shapiro C.M. M& Dement W. C . (1993) Impact and epidemiology of sleep disorders . in ABC of Sleep disorders edited by Shapiro C.M., first published. publishing Group tavistock square Londo WCIHGIR P.1-4.*

185. *Southmayd,S. et al (1992): therapeutic sleep deprivation in depressed patient,prolongation of response with concurrent thyroxin. acta psychiatry scand. . vol.(86),no.(1),pp.(84-85).*

186. *Stein M. B., Millar T.W., Larsen D.K. & Kryger M.H. (1995) Irregular Breathing during sleep in patients with panic disorder . Am. J. psychiatry , vol.(152),no.(8),pp.(1186- 1173).*

187. *Stepanski : Insomnia In Encyclopedia of Sleep and dreaming edit by Carskadon M.A., Macmillan Publishing Company , NewYork . U.S.A :1993,p.309)*

188. *Swift & Shapiro (1993):sleep and sleep problems in elderly people. in ABC of Sleep disorders.*

189. Webb,W.(1994) : cultural aspacts of sleep . In Encyclopedia Of Sleep and dreaming edit by Mary A. Carskadon, Macmillan Publishing Company New York U.S.A .

190.Whalley , L.J. et al (1995):epidemiology of presenile Alzheimer disease in scotland 1974-1988 non random geographical variation. British journal of psychiatry. vol.(167),no.(12),pp.(728-731).



ملحق

ويشمل البنود والمعايير المحلية
لمقيـاس انمـــاط اضطـــرابات النـــــوم
لدى الراشدين والمسنين



التعليمات :

فيما يلي مجموعة من العبارات التي يمكن أن يتصـف بها أي شـخص . من فضـلك أقرأ كل عبارة وضـع علامة (×) في إحدى خانات الكلمات التالية (توجد كثيراً – توجد أحيانا – لا توجد) وذلك في ورقة الإجابة المخصـصـة لذلك والتي تري أنها تنطبق عليك . لا يوجد وقت محدد للإجابة . من فضـلك

مقياس أنماط اضطرابات النوم

م	البند	توجد كثيراً	توجد أحيانا	لا توجد
١	أجد صعوبة في الدخول في النوم.			
٢	أشعر بضيق في التنفس أثناء النوم ليلاً.			
٣	أنام فترات طويلة أكثر مما احتاجه.			
٤	يقولون أني أشخر أثناء النوم.			
٥	تنتابني غفوات من النوم في فترات مختلفة من الليل			
٦	أجد صعوبة في العودة للنوم إذا استيقظت أثناء الليل .			
٧	أعاني من احتكاك أسناني أثناء النوم.			
٨	نومي ثقيل.			
٩	أشعر بزيادة أو قلة نبض القلب أثناء النوم ليلاً .			
١٠	نومي متقطع .			
١١	أعاني من الألم في رقبتي بعد استيقاظي من النوم.			
١٢	أنام في وسائل المواصلات.			
١٣	يحدث ارتخاء لعضلات جسمي نهاراً .			
١٤	أنام أثناء قيامي بعمل يستغرق وقتاً طويلاً .			
١٥	أنام مبكرا حالياً عما كنت عليه في الماضي.			
١٦	أري بعض الأحلام المزعجة بشكل متكرر .			
١٧	استيقظ من النوم وأنا في حالة صراخ وخوف شديد.			
١٨	أنام فترات طويلة نهاراً بالرغم من كفاية نومي بالليل .			
١٩	أشعر بالاختناق أثناء النوم ليلاً.			
٢٠	استيقظ متأخراً في الصباح عما كنت عليه في الماضي .			

م	البند	توجد كثيراً	توجد أحيانا	لا توجد
٢١	يضطرب نومي إذا نمت بمفردي.			
٢٢	أنام علي فترات متفرقة خلال اليوم.			
٢٣	تنتابني غفوات من النوم في فترات مختلفة من النهار .			
٢٤	أنام عندما لا أتكلم مع أحد .			
٢٥	استيقظ مبكراً في الصباح دون رغبة مني .			
٢٦	تتقلص رجلي أثناء النوم.			
٢٧	أمشي أثناء النوم ليلاً.			
٢٨	استغرق وقتاً طويلاً للانتقال من حالة النوم إلي اليقظة.			
٢٩	أشعر بوجود شيء ثقيل علي صدري أثناء النوم ليلاً.			
٣٠	أنام فترات طويلة في أوقات مختلفة من النهار .			
٣١	استيقظ مفزوعاً من الأحلام التي أراها في منامي .			
٣٢	يضطرب نومي في حالة سماعي لأصوات خارجية ولو طفيفة.			
٣٣	يتغير موعد نومي أو أستيقظ بصفة دائمة .			
٣٤	يقولون أن رأسي تتحرك يميناً وشمالاً أثناء نومي .			
٣٥	استيقظ في أوقات مختلفة أثناء الليل.			
٣٦	تتقلص رجلي أثناء استيقاظي من النوم .			
٣٧	أصاب بالصداع أثناء النوم .			
٣٨	أشعر بزيادة رغبتي في النوم نهاراً .			
٣٩	أشعر بصعوبة في التنفس أثناء النوم ليلاً .			
٤٠	أحتاج لعدد ساعات من النوم أكثر مما أنا عليه لكي أشعر بكفاية نومي			

م	البند	توجد كثيراً	توجد أحيانا	لا توجد
٤١	أظل في حالة انشـــغال بأمور مهمة عن اليوم التالي قبل الدخول في النوم.			
٤٢	أري أحلاماً مخيفة أثناء النوم .			

ملحق رقم (٢)

يوضح الدرجات التائية للدرجات الخام للمقاييس الفرعية للراشدين الذكور

ن = ١١٥

الدرجة الخام	الأرق	فرط النوم	غشية النوم	بهر النوم	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	الكابوس والفزع	المشي أثناء النوم	اضطرابات مصاحبة	اضطرابات مرتبطة بظروف خارجية
د.خ	د. ت	د. ت	د. ت	د. ت	د.ت	د. ت	د. ت	د. ت	د.ت
٠.	٢٦	٣٥	٣٩	٤٣	٣٤	٤١	٥١	٣٩	٣٢
١.	٣٠	٣٨	٤٣	٤٩	٤٠	٤٧	٦٠	٤٣	٤٠
٢.	٣٤	٤١	٥١	٥٥	٤٦	٥٣	٦٩	٤٧	٤٧
٣.	٣٩	٤٥	٥٨	٦٢	٥٢	٥٩		٥٢	٥٤
٤.	٤٣	٤٨	٦٦	٦٨	٥٧	٦٥		٥٦	٦١
٥.	٤٧	٥١	٧٣	٧٤	٦٣	٧١		٦٠	68
٦.	٥١	٥٤	٨١	٨٠	٦٩	٧٧		٦٥	76
٧.	٥٦	٥٧		٨٦	٧٥	٨٤		٦٩	
٨.	٦٠	٦٠		٩٢	٨١	٩٠		٧٣	
٩.	٦٤	٦٣			٧٨				
١٠.	٦٩	٦٦			٨٣				
١١.	٧٤	٦٩			٨٨				
١٢.	٧٩	٧٢			٩٣				

١٣.		٧٦			٩٨	
١٤.		٧٩			١٠٣	
١٥.		٨٢			١٠٨	
١٦.		٨٥			١١٣	
١٧.		٨٨				
١٨.		٩١				

ملحق رقم (٣)

يوضح الدرجات التائية للدرجات الخام للمقاييس الفرعية للراشدات الإناث

ن = ٧٠

الدرجة الخام	الأرق	فرط النوم	غشية النوم	بهر النوم	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	الكابوس والفزع	المشي أثناء النوم	اضطرابات مصاحبة للنوم	اضطرابات مرتبطة بظروف خارجية
د.خ	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت
.٠	٢٨	٣٥	٣٣	٤٣	٣٣	٣٨	٤٩	٣٧	٢٦
.١	٣٢	٣٨	٤١	٤٨	٣٨	٤٣	٩١	٤٢	٣٣
.٢	٣٦	٤١	٤٨	٥٤	٤٣	٤٩	١٣٣	٤٦	٤٠
.٣	٣٩	٤٤	٥٦	٥٩	٤٨	٥٤		٥١	٤٧
.٤	٤٣	٤٧	٦٣	٦٤	٥٣	٦٠		٥٦	٥٤
.٥	٤٧	٥٠	٧٠	٧٠	٥٨	٦٥		٦٠	٦١
.٦	٥١	٥٣	٧٧	٧٥	٦٣	٧١		٦٥	٦٨
.٧	٥٥	٥٦		٨١	٦٨	٧٦		٧٠	
.٨	٥٨	٥٩		٨٦	٧٣	٨٢		٧٥	
.٩	٦٢	٦٢						٨٠	
.١٠	٦٦	٦٥						٨٥	
.١١	٧٠	٦٨						٩٠	
.١٢	٧٤	٧١						٩٥	
.١٣		٧٤						١٠٠	

١٤.		٧٧				١٠٥	
١٥.		٨٠				١١٠	
١٦.		٨٣				١١٥	
١٧.		٨٦					
١٨.		٨٩					

ملحق رقم (٤)

يوضح الدرجات التائية للدرجات الخام للمقاييس الفرعية للمسنين الذكور

ن = ٥٠

الدرجة الخام	الأرق	فرط النوم	غشية النوم	بهر النوم	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	الكابوس والفزع	المشي أثناء النوم	اضطرابات مصاحبة للنوم	اضطرابات مرتبطة بظروف خارجية
د.خ	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت
٠.	٣٢	٣٥	٢٧	٣٦	٣١	٤٠	٤٧	٣٧	٢٨
١.	٣٦	٣٧	٣٦	٤٣	٣٨	٤٤	٩١	٤١	٣٥
٢.	٤٠	٤٠	٤٤	٤٩	٤٥	٥٠	١٣٥	٤٤	٤٣
٣.	٤٣	٤٣	٥٣	٥٨	٥١	٥٦		٤٨	٥١
٤.	٤٦	٤٦	٦١	٦٥	٥٨	٦٣		٥٢	٥٨
٥.	٥٠	٤٨	٧٠	٧٣	٦٥	٦٩		٥٥	٦٦
٦.	٥٣	٥١	٧٩	٨٠	٧٢	٧٥		٥٩	٧٤
٧.	٥٦	٥٤	٨٨	٨٧	٧٨	٨١		٦٢	
٨.	٦٠	٥٧	٩٧	٩٤	٨١	٨٧		٦٦	
٩.	٦٣	٥٩			٧٠				
١٠.	٦٦	٦٢			٧٣				
١١.	٧٠	٦٧			٧٦				
١٢.	٧٣	٧٠			٧٩				

.١٣		٧٢			٨٢	
.١٤		٧٤			٨٥	
.١٥		٧٦			٨٨	
.١٦		٧٨			٩١	
.١٧		٨١				
.١٨		٨٣				

ملحق رقم (٥)

يوضح الدرجات التائية للدرجات الخام للمقاييس الفرعية للمسنات الإناث

ن = ٥٠

الدرجة الخام	الأرق	فرط النوم	غشية النوم	بهر النوم	اضطراب إيقاع النوم واليقظة	الكابوس والفزع	المشي أثناء النوم	اضطرابات مصاحبة	اضطرابات مرتبطة بظروف خارجية
د.خ	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت	د.ت
.٠	٢٤	٢٨	٤٦	٣٤	٢٧	٣٩	٤٧	٢٩	٢٤
.١	٢٨	٣١	٤٩	٣٩	٣٤	٤٤	٨٤	٣٢	٣٢
.٢	٣٢	٣٤	٥٢	٤٤	٤١	٤٩	١٢١	٣٦	٤١
.٣	٣٦	٣٧	٥٥	٤٩	٤٨	٥٤		٤٠	٤٩
.٤	٤٠	٤١	٥٨	٥٤	٥٥	٥٩		٤٤	٥٧
.٥	٤٤	٤٤	٦١	٥٩	٦٢	٦٤		٤٨	٦٥
.٦	٥٠	٤٧	٦٤	٦٤	٦٩	٦٩		٥٢	٧٣
.٧	٥٤	٥٠		٦٩	٧٦	٧٤		٥٦	
.٨	٥٨	٥٣		٧٤	٨٣	٧٩		٦٠	
.٩	٦٢	٥٦				٦٤			
.١٠	٦٦	٥٩				٦٨			
.١١	٧١	٦٢				٧٢			
.١٢	٧٥	٦٥				٧٦			

	٨٠				٦٨		١٣.
	٨٤				٧١		١٤.
	٨٨				٧٤		١٥.
	٩٢				٧٧		١٦.
					٨٠		١٧.
					٨٣		١٨.

ملحق ٢

السرقة العلمية
التي حدثت لأصل هذا الكتاب



أستاذ جامعي ترقى لدرجة أستاذ مساعد علم النفس ببحثين نشرهما في دوريتين مغمورتين ثم عاد ونشرهما مرة ثانية في كتاب مكون من جزئيين من ضمن بحوثه التي قد تكون مسروقة من آخرين وهو أمر لا أستطيع أن أجزم به لكن ما أقطع به هذه الوقائع التي حدثت معي.

١. قام هذا الأستاذ بسرقة الإطار النظري والدراسات السابقة من أطروحتي لدرجة الماجستير والتي نوقشت بجامعة بنها في قسم علم النفس بكلية الآداب عام ١٩٩٨، بعنوان "أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية "دراسة مقارنة بين الذكور والإناث" بإشراف أد.عادل كمال خضر. وكانت لجنة الحكم والمناقشة برئاسة أد. قدري محمود حفني أستاذ علم النفس وعميد معهد الدراسات العليا للطفولة. جامعة عين شمس.
٢. وكانت ملامح السرقة تعتمد على السرقة الحرفية إلا من لفظ هنا أو هناك أو إيضاح هنا أو هناك .
٣. الحذف الشائع في النصوص القاطعة المأخوذة من أطروحتي بالمراجع الأجنبية والعربية التي رجعتُ إليها حيث إن أغلب الصياغات الموجودة بالرسالة من صياغتي الخاصة بعد قراءة واستيعاب النصوص الموجودة بالمراجع التي عدت إليها. وهذه المراجع قد نقلها هو بأخطائها سواء في متن البحثين الخاصين به أو في قائمة المراجع الخاصة به أيضاً.
٤. أغلب العبارات المسروقة والتي أعمل فيها خياله بالإضافة أو التعديل جاءت مشوهة وشائعة وهو ما سنوضحه في تعليقنا على تلك الفقرات. ويعد هذا دليلاً على السرقة فكما هو ثابت أن السارق عادة ما يحاول أن يخفي آثار جريمته لذلك نجد الاضطراب في صياغة تلك الجمل المسروقة لاتصالها بديناميات اللاشعور لسارق يحاول أن يخفي آثار جريمته.

٥. وفي حالة نادرة سرق مني كلمة مضبوطة ومشكلة بالضبط وهي "يُظَن" ونجده سرقها كما هي ولم نجد له كلمة واحدة مضبوطة بالشكل في بحثيه ، ولقد كانت عادتنا هي ضبط وتشكيل الكثير من الكلمات في متن الأطروحة.
٦. كما أنه لم تكن عادته أن يكتب عدة مراجل بعد كل فقرة إلا في الفقرات التي سرقها منا وذلك لصعوبة تحديد مرجعها الأصلي لأننا لم ننقل من مرجع واحد ولكننا أعددنا صياغة خاصة بنا في طول الأطروحة.
٧. وفي حال نادرة ولطيفة يضيف من عنده على بحث نظري لباحثين أجانب "أنها دراسة تطبيقية على عينات وأدوات سيكومترية ونتائج" وهذا ما ليس بحق أبداً ، ومواقف غير ذلك كثيرة سنغض الطرف عنها قانعين بالسرقات الواضحة والقاطعة الثبوت.
٨. وما أكثر ما أخذ ونقل وسرق بلا خوف أو وجل أو حياء ظناً منه ألا أحداً سيقارن بحثيه بما سرق منه ولأن الحق لا تضيع معالمه مهما طال زمن الباطل ولأنني منشغل بقضية اضطرابات النوم حيث كنت أول من بحثها في مصر في أطروحة جامعية وقدم مقياسا له معايير محلية نستطيع من خلاله تشخيص اضطرابات النوم حسب الـ DSM4.
٩. وسنعرض لطرفة واحدة من الكثير فقد نقل فقرة مني والصياغة لي ولأني وثقت المرجع هكذا (سامي عبد القوي علي (١٩٩٦) : مدخل إلي علم الأدوية النفسية . مكتبة النهضة ، القاهرة.) وقام هو بتوثيق المرجع مثلي تماماً ، والكل يعلم لأنه لا توجد مكتبة اسمها النهضة فقط ولكنها إما أن تكون (النهضة المصرية أو النهضة العربية) ولأنه سارق فقد اكتفى بما كتبته وهو النهضة.
١٠. سامي عبد القوي علي (١٩٩٦) : مدخل إلي علم الأدوية النفسية . القاهرة: مكتبة النهضة.
١١. كما أننا غضضنا الطرف عن الكثير مما سرق معناه أو سرق مراجعه، وعما شوهه من نتائج البحوث الأجنبية وعدم الدقة في التوثيق – وليس هذا موضع اهتمامنا الآن - واكتفينا فقط بما هو قاطع الثبوت في النقل وقاطع الدلالة على السرقة.

١- السرقات الموجودة في الدراسة الأولى :

- هذه الدراســة كتبتها على النحو التالي (دراســة *Hamouda* (١٩٩٣) بعنوان اضطرابات النوم : أنماطها والعوامل المرتبطة بزيادتها لدي عينة من المصــريين من غير المرضــي . وقد بلغت العينة ٣٦٢ من الجنســين ممن يتراوح أعمـارهم بين ١٥-٥٤ عـامـا ، حيث طلب الباحث من العينة ملء اسـتبيان عن اضـطرابات النوم التي يشـكون منها . وقام بتشـخيصـها حســب *DSM-III-R* وأتضــح من النتائج أن معدلات انتشـــار أنماط اضـــطرابات النوم لدي العينـة كانت علي النحو التالي: الأرق ٢٤,٦% وفرط النوم ١٥% واضــطراب إيقاع النوم واليقظة ١٧% والفزع الليلي ١١% والكوابيس ٣٦,٥% والمشــي أثناء النوم ٢,٥% وقضـم الأسـنان ٧,٥% وأرجحة الرأس ١٢% كما وجدت علاقة دالة بين أنماط اضـطرا بات النوم والجنس والعمر ، حيث زادت اضـــطرابات النوم مع التقدم في العمر ولـدي الإنـاث عن الـذكور*(Hamouda:1993,P.13-26)*. [ص ٥٦ من أطروحتي].
- أما هو فقد كتبها هكذا (وتناولت دراســة محمود حمودة (١٩٩٣) بعنوان مشــكلات النوم: أنمـاطهـا والعوامـل المرتبطـة بزيـادتهـا لـدي عينـة من المصــريين غير المرضــي . وبلغت عينة الدراســة ٣٦٢ من الجنســين وتراوحـت أعمـارهم بين ١٥-٤٥ عـامـا ، وطلـب من أفراد العينـة مـلء استبيان عن شكاوى النوم التي يعانون منها . في ضوء الاضطرابات التي ذكرت في DSM-III-R وقد توصـــلـت النتـائج وجود علاقـة دالـة بين مشكلات النوم والجنس والعمر ، وأن مشكلات النوم تزداد مع التقدم في العمر ، ولـدي الإنـاث أكثر من الذكور *(Hamouda:1993,P.13-26)* [ص ٣٢٨ في بحثه].

وملاحظاتنا هي :

١- وجود خطأ في عمر العينة فقد ذكر أنها ٤٥ عاما والصواب ٥٤ عاما مما يؤكد عدم رجوعه للبحث الأصلي.
٢- نقل الفقرة مع تغيير كلمة اضطرابات بـ (مشكلات).
٣- نقل الخطأ في كتابة *Hamouda* والصواب الموجود في المرجع الأصلي *Hammouda*. ونقل الخطأ مرتين (في متن البحث وفي قائمة المراجع) مثلما كتبنا تماما في المرتين.

٤- نقل الخطأ في أرقام الصـــفحات في توثيق المرجع في قائمة المراجع (١٣-٢٦) والصواب (١٣- ٢٧).

- وهذه الدراســـة كتبتها هكذا (دراســـة *Labbate* وآخرين (١٩٩٤) بعنوان نوبات الفزع أثناء النوم وعلاقتها بالقلق والاكتئاب، وقد بلغت العينة ٩٥(٣٧من الذكور و ٥٨من الإناث) وكان متوسـط أعمارهم ٣٧,٣عاما وتم اســتخدام DSM-III-R كمحك للتشــخيص ومقياس جلوبال للقلق والاكتئاب واتضـــح من النتائج أن حوالي ٤٠% قرروا حدوث نوبات الفزع أثناء النوم ، وجود فروق دالة إحصـــائيا بين من يعانون من نوبات الفزع والأســـوياء في كل من الفوبيا الاجتماعية وفوبيا الأماكن الواسعة والقلق العام والاكتئاب والمعاناة من الأمراض النفســية في الطفولة لصــــالح مجموعة المرضـــي (*Labbate.et.al:1994,P.57-60*).[ص٥٧ من أطروحتي].
- وهذه الدراســـة كتبها هو هكذا (وتناولت دراســـة لابات وزملائه (*Labbate.et.al:1994*). نوبات الفزع أثناء النوم وعلاقتها بكل من القلق والاكتئاب ، حيث بلغت العينة ٩٥ فرداً من الجنســـين وقد توصلت الدراسة الى نفس النتائج التي توصل إليها حمودة من حيث أن الأفراد الذين ترتفع لديهم درجة القلق والاكتئاب قد ارتفعت لديهم أيضا الشكاوى من النوم.(ص ٣٢٨ في بحثه).

وملاحظاتنا على الفقرة السابقة :

١- لم يذكر اسم المرجع في قائمة المراجع الخاصة به.

- وهذه الدراســـة كتبتها هكذا (دراســـة *Lindberg* وآخرين (١٩٩٧) موضــوعها علاقة اضــطرابات النوم ببعض المتغيرات النفســية لدي الراشـــدين وقد بلغت العينة ٥٢٩ ممن يتراوح أعمارهم بين ٢٠- ٤٥عاما وطبق الباحثون كلا من مقياس اضــــطرابات النوم ومقياس القلق والاكتئاب ، وأثبتت النتائج أن نســبة انتشـــار كل من صــعوبة الدخول في النوم ٥,٥% وصـــعوبة المحافظة علي اســتمرار النوم ١٥,٥% والاســتيقاظ المبكر جدا في الصـــباح ٥% ، والإحســـاس بالانتعاش في الصـــباح في معظم أيام الأســـبوع ١٥,٣% وفي مرة واحدة –فقط – أسبوعيا بنسبة ٣١,٨% . وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في كل من صعوبة المحافظة علي استمرار النوم وزيادة غفوات النوم أثناء النهار وفقدان الشعور بالانتعاش في الصباح

لصالح الإناث ، وجود ارتباط دال بين التقدم في العمر والشخير لدي إفراد العينة ، وجود ارتباط دال إحصائيا بين كل من القلق والاكتئاب وأعراض الأرق وانخفاض فترة كمون النوم ونقص كمية النوم وزيادة الحاجة للنوم لدي أفراد العينة الكلية *(Lindberg,et al 1997,P.381-387)*: ص ٥٧ و٥٨ .

- وكتبها هو كما يلي (وقام ليندبنج وزملاؤه *(Lindbeng,et al 1997)*, بدراسة علاقة مشكلات النوم ببعض المتغيرات النفسية لدي الراشدين وتكونت العينة من (١١٥) شخصا ممن تراوحت أعمارهم بين ١٥-٤٥عاما ، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في بعض الاضطرابات حيث تتزايد الشكوى من النوم وزيادة الاضطرابات مع التقدم في العمر ، إضافة إلى وجود علاقة بين الاكتئاب و القلق مشكلات النوم. (ص ٣٢٨).

وملاحظاتنا تقوم على :

١- الخطأ في ذكر اسم الباحث الأساسي *Lindbeng* والصواب *Lindberg* .

٢- الخطأ في رقم العينة ١١٥ والصواب ٥٢٩ ، وكذلك الخطأ في عمر العينة من ١٥ - ٤٥ عاما والصواب من ٢٠ – ٤٥ عاما. مما يؤكد عدم رجوعه للمرجع الأصلي ونقله الخاطئ من أطروحتي.

٣- الخطأ في رقم العدد بالنسبة للمجلد المنشور فيه البحث فقد كتبه ٤ والصواب ٦.

٤- عدم ذكر الجملة التالية من عنوان البحث الأجنبي لأني لم أذكرها أيضاً وهذا خطأ غير مقصود مني *Gender and sleep disturbances*

- وهذه الدراسة كتبتها هكذا (دراسة *Hoffstein* وآخرين (١٩٩٤) موضوعها الشخير : بين الوعي الذاتي وتقديرات الملاحظين . وهدفت لمعرفة صدق إدراك الفرد للشخير ومقارنته بإدراك الوسائل التكنولوجية وقد بلغت العينة ٦١٣ مريضا بالشخير وتوقف التنفس أثناء النوم ممن تتراوح أعمارهم بين ١٤ – ٨٧ عاما وتم تقسيم العينة إلى ثلاث مجموعات فرعية حسب شدة الاضطراب (خفيف – متوسط – شديد) وتبين من النتائج ما يلي :

١- كانت معظم العينة غير واعية ولا مدركة لسلوك الشخير.
٢- وجود ارتباط دال موجب بين الشخير المتوسط وتقدير الوسائل التكنولوجية لقياس الشخير.
٣- لم يتحسن إدراك احد من مجموعة الشخير الشديد .
٤- معظم المجموعة التي ادعت قدرتها على الحكم على الشخير تباين إدراكهم له عن إدراك الملاحظين السامعين له *(Hoffstein , et al, 1994, p.522-526).* ص ٧٠.

- أما هو فقد كتبها هكذا (أما دراسة هوفستان وزملائه *(Hoffstein , et al, 1994)* فقد كانت عن الشخير *snoring* وبلغت العينة ٦١٣ شخصا ممن يعانون من الشخير في المقام الأساسي وهدفت الدراسة إلى العلاقة بين الوعي الذاتي وتقديرات الملاحظين وقد كشفت الدراسة عن عجز هؤلاء الأفراد عن التحكم في الشخير وان ذلك يسبب لهم ضيقاً وقلقا خاصة الشكوى المتكررة من أفراد أسرهم مما قد يهدد استقرارهم الأسري. (ص ٣٢٨).

وتقوم ملاحظاتنا على ما يلي:

١- النقل واضح مع بعض التعديلات التي أعمل فيه خياله المتعلقة بالنتائج مثل (وان ذلك يسبب لهم ضيقاً وقلقا خاصة الشكوى المتكررة من أفراد أسرهم مما قد يهدد استقرارهم الأسري) وهذه الجملة غير موجودة بالمرجع الأصلي.
٢- <u>الأخطاء في كتابة أسماء الباحثين الأجانب</u> *Mateika*

- هذه الفقرة كتبتها هكذا (يقسم السجل الكهربي للمخ EEG النوم إلي المراحل التالية :

١. المرحلة (صفر) وهي حالة اليقظة التي تسبق عملية الدخول في النوم ويكون نشاط موجات ألفا بين ٧- ١٢ هيرتز / ثانية .
٢. المرحلة (١) مرحلة <u>الوسن</u> وهي فترة بين النوم واليقظة .، وتختلط فيها الموجات مع سيادة موجات ألفا .
٣. المرحلة (٢) النوم الحقيقي ويكون نشاط الموجات بيتا بين ١٢- ١٧هيرتز /ثانية .
٤. المرحلة (٣) النوم العميق ويكون نشاط الموجات دلتا بين ١ - ٣ هيرتز / ثانية

٥. المرحلة (٤) النوم الأكثر عمقا وتنشط فيها موجات دلتا البطيئة وتصل إلي ١ هيرتز / ثانية *(Shapiro & Rathouse : 1990 , p. 377 – 378)*. ص ١٣.

- أما هو فكتبها هكذا (حيث يقسم السجل الكهربي للمخ EEG النوم إلي خمس مراحل: المرحلة (صفر) وهي حالة اليقظة التي تسبق عملية الدخول في النوم (حالة الكمون) ويكون نشاط موجات ألفا بين ٧- ١٢ هيرتز / ثانية . المرحلة (١) وتسمى مرحلة النعاس وهي حالة وسط بين النوم واليقظة .، وتختلط فيها الموجات خاصة سيطرة موجات ألفا . المرحلة (٢) مرض النوم الحقيقي ويكون نشاط موجات بيتا بين ١٢- ١٧هيرتز /ثانية . المرحلة (٣) وتسمى مرحلة النوم العميق حيث يكون نشاط موجات دلتا بين ١ - ٣ هيرتز / ثانية . المرحلة (٤) وتسمى مرحلة النوم الأكثر عمقا حيث تنشط موجات دلتا البطيئة وتصل إلي ١ هيرتز / ثانية *(Shapiro & Rathouse : 1990 , p. 377 – 378)*. ص ٣١٥ .

وملاحظاتنا تقوم على:

١- النقل واضح اللهم إلا من تغيير كلمة هنا أو هناك أما نص الترجمة فقد نقله حرفياً وهذا ما لا يكون إلا أنه نقل النص ولم يترجمه.
٢- النقل الشائع أحيانا عندما كتب مرض بدلا من مرحلة. والنعاس بدلا من الوسن وسيطرة بدلا من سيادة.
٣- لم يكتب اسم الباحث الثاني كاملا .
٤- اغفل . *sleep disorders* كعنوان للفصل الموجود بالمرجع الأصلي.

- نقل الخطأ الموجود عندي في توثيق المرجع . *John Wiley &Sons Ltd Baffinslane, chichester. England.* والصواب , *(John Wiley &Sons Ltd. New York)*
- وهذه الفقرة كتبتها هكذا (بدأ اهتمام الطب النفسي بدراسة النوم واضطراباته منذ ما يزيد عن ٢٥ عاماً وكان أكثر هذه الأنماط شيوعاً آنئذ الأرق*(Buysse,et.al.:1994,p.1351)*، أما الاهتمام المنظم من الناحية السيكولوجية فقد بدأ مع تكوين رابطة الدراسة النفسية للنوم عام ١٩٧٢ وتبعها إقامة رابطة مراكز اضطرا بات النوم عام

١٩٧٥ بالولايات المتحدة الأمريكية*(Hamouda:1993,p.13)*
،وفى عام ١٩٧٩ أصدرت رابطة مراكز اضطرابات النوم الدليل التصنيفي التشخيصي لاضطرابات النوم واليقظة وتتضمن عدة أنماط هي :الأرق وغشية النوم وتوقف التنفس أثناء النوم واضطرا بات إيقاع النوم واليقظة والاضطرابات المصاحبة للنوم – التي تحدث خلاله – مثل المشي والكلام والفزع والكابوس واحتكاك الأسنان وأرجحة الرأس والتبول اللاإرادي *(Fisher:1994,p.415-416)*،

- وكتبها هو هكذا (قد بدأ الاهتمام بالنوم في مجال الطب النفسي حيث كانت الشكوى الأكثر شيوعاً في مشكلات النوم هي الأرق (*Buyssw,et.al.:1994,p.1351*)، إلى الدرجة التي نستطيع أن نرصد فيها تكوين مراكز لمشكلات النوم بدأت في الولايات المتحدة عام ١٩٧٥ *(Hamouda:1993,p.13)* ، وفى عام ١٩٧٩ صدر عن رابطة مراكز مشكلات النوم الدليل التصنيفي التشخيصي لمشكلات النوم *(Fisher:1994,p.415-416)*،

والملاحظات هي :

١- النقل الحرفي مع استبدال كلمة اضطرابات بمشكلات ، والتلخيص الذي شوه الترجمة الرائقة التي قمت بها إلى جمل تفتقر إلى الدقة والصواب كما هو ملاحظ في الفقرة.
٢- نقل الخطأ في اسم *Hamouda* كما هو موجود عندي والصواب هو*Hammouda* .
٣- كتابة اسم *Buyssw* خطأ والصواب *Buysse*
٤- أخطاء عديدة في أسماء الباحثين المشاركين في البحث الأجنبي وفي اسم الناشر الأجنبي
Buysse,D.J.&Ronalds,C.F.;Haurip,J.;Rohi.Thorpy d.M. Bixlere. O ; dales A. ; Manfreidi R.L. Vgontzas A.N. & Stapf D.
٥- *john WielySonc. Inc U.S.A*

- وهذه الفقرات كتبتها هكذا (تنتشر اضطرابات النوم لدى أطفال الأسر والمؤسسات بنسبة تتراوح بين ١٥ – ٣٥ % وأكثرها شيوعا الأرق والذي يسبب معاناة شديدة للوالدين .، واحتكاك الأسنان أثناء النوم وأرجحة الرأس والشخير .، والفزع الليلي والمشيء خلال النوم وفرط

النوم واضـــطراب إيقاع النوم واليقظة *(Empson:1993,p.190)*
وأكثرها شـــيوعاً الأرق *Insomnia* والذي يســـبب معاناة شـــديدة
للوالدين .، واحتكاك الســـنان أثناء النوم *Bruxism* وأرجحة الرأس
Head Banging ، والشخير *Snoring (Stores:1991,)* والفزع
الليلي *Sleep terror* ، والمشي خلال النوم *Sleep Waiking* وفرط
النوم *Hypersomnia* واضطراب إيقاع النوم و اليقظة *(Banuob*.
*sleep - wake schedule (1987:*وتنتشر هذه الاضطرابات لدي
الراشـدين والمسـنين بنسـبة أكثر من ١٥%وتبدو الفروق واضـحة
لصالح الإناث والمسنين في معدلات انتشارها ،ويصعب تشخيصها
لتلازمها مع الأمراض النفسية باعتبارها احد الأعراض المميزة لتلك
الأمراض ولتأثرها بشدة المرض وبالتقدم في العلاج النفسي ،كما أنها
تصبح أمراضاً نقية غير مرتبطة بالمرض النفسي وتصنف في هذه
الحالة ضـــمن اضـــطرابات النوم المزمنة التي لا تعزي لما ســـبق
(Fisher:1994,p.106-109). وتوصلت الدراسات الوبائية إلي أن
معدلات انتشـــار أعراض الأرق في الكويت لدى الراشـــدين بلغت
من ١٢،٣%- ٢٦،٨ لدى الذكور ، و٢٦،٣ %-٣٨،٨ % لدى الإناث
(أحمد عبد الخالق:٢٠٠٧)، كما درس احمد عبد الخالق معدلات
انتشـــار اضـــطرابات النوم لدى طلاب المدارس الثانوية بالكويت
وتوصـل إلى أن نسـبة قدرها ١%-٣٧،٥ %يعانون من مشـكلات
النوم(احمد عبد الخالق:٢٠٠١)، وفي ولاية فلوريدا بأمريكا الشمالية
٢٥%وفي ولاية لوس أنجلوس ٤٢% *(Hamouda:1993,p.14)*
.وفي ثلاث مدن أمريكية وجد أن ٥١% من المسنين لديهم مشكلات
مرتبطـة بـالنوم وأن ٣٤% منهم أقروا بوجود معـانـاة من الأرق
(Foley ,et al :1995) ، وفي شـــمال النرويج وجد أن ٤٢% من
النســاء و ٣٠% من الذكور يشـكون من الأرق شـتاءاً و ١٨% من
النســـاء و ٩ % من الذكور يعانون منه بصـــفة دائمة طول العام
(Huseby & Lingiaerade:1990) . وفي الســويد وجد أن ١٤
% يعانون من الأرق و ١٧% من فرط النوم و ١٦% من الشخير
.*(Gislason:1987)*

- وفي بلجراد يشكو ٣٥% من الذكور و ٤٠ % من الإناث يشكين من الأرق *(Nilssen,et al:1997)*. وفي بريطانيا قرر ٣٥% من المسنين وجود مشكلات مرتبطة بالنوم وأنهم يتناولون عقاقير منومة لمواجهتها *(Hohagen ,et al:1994)* . كما وجد في ألمانيا الغربية أن ٤% من المسنين و٢٠% من الراشدين يتناولون المنوم وأن ٤٥% من الرجال في اسكوتلاندا يتناولون المنوم إلي جانب المواد المخدرة لمواجهة مشكلات النوم وفي فرنسا وجد أن ١٠% من عينة مقدارها ألفاً يتناولون المنوم وأن ٦% منهم يعتمدون عليه بصفة دائمة ،ويزيد الاعتماد عليه مع التقدم في العمر*(Empson:1993)* . وفي سويسرا وجد أن ٥٠% من الراشدين لديهم شكوى من الأرق ،كما قرر ٧% من الذكور و١٢% من الإناث اضطراب نومهم بصفة دائمة (ألكسندر بوربلي:١٩٩٣). وفي السعودية ذكر ٣٨% من طلاب الجامعة أنهم يعانون من اضطراب النوم (عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم :١٩٩٦). وينتشر الأرق لدى اليابانيات بنسبة ١١،٢% وقدر من يتناولون العقاقير المنومة لمواجهة اضطرابات النوم بنسبة ١٦،٨% *(Kageyama,et al:1997)*. كما انتشر الأرق بنسبة ١١،٢% أيضاً لدى عينة من الكنديين ووجدت أعراض الأرق بنسبة ٣٦،٢% لدى كل من الراشدين والمسنين وكانت نسبة انتشار كل من صعوبة الدخول في النوم ٥،٥ % والاستيقاظ المبكر في الصباح ٥% وصعوبة المحافظة علي استمرار النوم *١٥،٥%* . *(Ohayon ,et al* :1997).هذا فيما يخص الشكوى العامة من اضطرابات النوم أو الأرق أما بقية أنماط اضطرابات النوم ، فإن فرط النوم يوجد بنسبة ٣،٨% - ٥% لدى مجموع السكان *(Guilleminault&Roth:1993)*. والكوابيس الليلية تحدث من ٤ إلى ٨ مرات سنوياً لدي طلاب الجامعة ومرة أو مرتين في العام لدي الراشدين والمسنين*(Hartman:1993)* ، وغشية النوم *Narcolepsy*يوجد بنسبة ٦% علي مستوي العالم وبنسبة ١٦% في اليابان ، وفي أمريكا حوالي ربع مليون يعانون من الإصابة به وأن كان يعزى بها لاحتمال اقترانه بالأمراض العصبية ، كما ينتشر هذا الاضطراب لدى الذكور عن الإناث *(Rosenthal:1993)*. وفي استفتاء تم إجراؤه في بريطانيا قررت نسبة تقدر بحوالي ٢٥% من

عامة الشعب أنها مشت خلال النوم مرة واحدة أو أكثر في حياتهم (جون تايلور:١٩٨٥) ، كما أنه ينتشر بنسبة ٤٠% لدى الأطفال فيما بين١٠-١٢ عاماً وبنسبة ٢،٥% لدى الراشدين وهو يوجد لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث*(Mahowald:1993)* . وتوقف التنفس يوجد بنسبة من٤-٨% لدى الذكور ومن ٢-٤% لدى الإناث وهو أكثر ارتباطاً بالسمنة ، وتقلص عضلات الأرجل بنسبة تتراوح بين ٥-١٥% لدى الأسوياء ولدى من يعانون من اضطراب إيقاع النوم واليقظة المرتبطة بالعمل في نوبات مختلفة التوقيت بنسبة تتراوح بين ٢- ٥% والفزع الليلي والكوابيس يوجدان بنسبة تتراوح ٤٠ – ٥٠ % لدى الأسوياء و ٤٠ % لدى مرضى غشية النوم ، والشخير يوجد بنسبة تتراوح بين ٤٠ – ٥٠ % لدى الذكور والمسنات فوق عمر ٦٥ عاماً . وبنسبة ١٢،٩% لدى الذكور و ٢١،٥% لدى الإناث ممن يشكين من الأرق وبنسبة ٢٠ % لدى الراشدين في منتصف العمر وفي ايطاليا وجد أن ١٠% من البالغين يصل صوت الشخير لديهم ٨٠ ديسيبل . واحتكاك الأسنان أثناء النوم يوجد بنسبة تتراوح بين ٥ – ٢٠ % كما أن حوالي ٤٠% من المسنين غير راضيين عن نومهم ويتناولون العقاقير المنومة لمواجهة مشكلات النوم ، ففي الولايات المتحدة وجد أن ما بين ٦- ٩ مليون من الراشدين يتعاطون واحداً أو أكثر من الأدوية طلبا للعلاج من الأرق *(Driver&Shapiro:1993)* . ص ٤ و٥ و٦ .

- ولقد كتب هو هذه الفقرات هكذا (وتتعدد مشكلات النوم بين الأرق *Insomnia*، واحتكاك السنان أثناء النوم *Bruxism* وأرجحة الرأس *Head Banging* ، والفزع الليلي *Sleep terror* و ، والمشي أو التجوال خلال النوم *Sleep Walking* وفرط النوم *Hypersomnia* واضطراب إيقاع النوم واليقظة *sleep - wake* . *schedule* ، والشخير *Snoring* وقد توصلت الدراسات الوبائية الي أن معدلات انتشار مشكلات النوم أكثر انتشاراً مما نتوقع ففي ولاية فلوريدا بأمريكا توصلت إحدى الدراسات إلى أن ٢٥% من أفراد عينة الدراسة (وذلك في عينة مكونة من ١١٣مفحوصاً) يعانون من الأرق

- وفـي ولايــة لـوس أنـجلـوس ارتـفـعـت الـنسـبــة إلـى ٤٢% *(Hamouda:1993,p.14)* . وفي شــمال النرويج وجد أن ٤٢% من النسـاء و ٣٠% من الذكور يعانون من الأرق في فصـل الشـتاء و ١٨% من النساء و ٩ % من الذكور يعانون من الأرق بصفة عامة وذلـك في عينـة مؤلفـة من ١٥٦ مفحوصـاً *(Huseby & Lingiaerde:1990, p. 542- 547)* . وفي السـويد وجد أن ١٤ % يعانون من الأرق و ١٧% من فرط النوم و ١٦% من الشخير *(Gislason:1987,pp.192-198)*. وفي سـويسـرا وجد أن ٥٠% من الراشـدين لديهم شـكوى من الأرق ،كما قرر ٧% من الذكور و١٢% من الإنـاث اضـطراب نومهم بصـفـة دائمـة (ألكسـندر بوربلي:١٩٩٢، ص ١٢٢). كما وجد انتشـار الأرق لدى عينة من اليـابـانيـات بنسـبـة ١١،٢%، وذكرت ١٦،٨% من العينـة أنهن يستخدمن بصفة دائمة العقاقير خلاصاً من الأرق *(Kageyama,et al:1997, pp.963-971)*. وفي اسـتفتـاء تم إجراؤه في بريطـانيـا قررت نسبة تقدر بحوالي ٢٥% أنها مشت خلال النوم مرة واحدة أو أكثر في حياتهم (جون تايلور:١٩٨٥، ص ١٢٠ -١٢١) ،، كما تنتشر مشاكل النوم الأخرى بنسبة ٤٠% لدى الأطفال فيما بين١-١٢ عاماً وبنسـبة ٢،٥% لدى الراشـدين *(Mahowald:1993, pp.578-579)* . وقد توصلت بعض الدراسات الأخرى إلى انتشار العديد من مشـكلات النوم مثل توقف التنفس أثناء النوم وعلاقة ذلك بالسـمنة أو اضطراب إيقاع النوم واليقظة وعلاقتها بتغير نوبات العمل ، والفزع والكوابيس والشـخير ونسـب عالة لدى المسـنين والمسـنات فوق سـن (٦٥) عاما *(Driver&Shapiro:1993,pp.1-4), Ohayon ,et al :1997, pp. 340 - 348)*. *ص ٣٠٨ و٣٠٩* .

الملاحظات:

١. في لوس انجلوس النسبة الصحيحة ٤٢،٥ %. مستحيل أن يكون هناك ذكر لرقم العينة في ص ١٤ أو في غيرها من دراسة *Hammouda*(وذلك في عينة مكونة من ١١٣مفحوصاً).
٢. وذلك في عينة مؤلفة من ١٥٦ مفحوصاً أخذها من الدراسات السابقة عندي.
٣. لقد غير معنى الكلام تماما كما في الفقرة الخاصة *(Mahowald:1993, pp.578-579)* . لأن الكلام كان ما يزال مستمرا عن الأرق .
٤. *Hamouda* نقلها بالخطأ والصواب *Hammouda*
٥. وفقرة بريطانيا بالعودة للمرجع نجد أن صياغة العبارة كلها من عندنا إذ يقول جون تايلور "والأمر المزعج أن حوالي (ربع) المشتركين يمشون أثناء نومهم وهو داء مزعج من الناحيتين الشخصية والاجتماعية كما يقول د.ايفانز" ص ١٢١ السطر ٩ و١٠ و١١.
٦. الفقرة الأخيرة كلها من عندنا بعد أن حذف النسبة المئوية للاضطرابات .
٧. نقل المراجع بأخطائنا غير المقصودة كما هي مما يشير لعدم رجوعه لتلك المراجع .
٨. جون تايلور الاسم كما هو مكتوب على غلاف الكتاب (جون ج. تايلور) أما هو فكتبه كما كتبته تماما جون تايلور في قائمة المراجع.
٩. لقد وثق العدد لكتاب ألكسندر بوربلي برقم ٦٣ والصواب ١٦٣.

٢- السرقات الموجودة بالدراسة الثانية

- هذه الدراسة في ص ٦٤ و٦٥ في أطروحتي (دراسة *Berrttini*(١٩٨٠) موضوعها ذهان البارانويا في علاقته بتوقف التنفس أثناء النوم . دراسة حالة لرجل عمره ٣٣ عاما ، أعزب ، دخل المستشفي بعد تكرار تهديده لوالده بطعنه بالسكين ، وهو في عمر ٢٤ عاما دخل المستشفي للعلاج من القلق والاكتئاب ، وشخص آنئذ باضطراب الشخصية الفصامية وهو حاصل علي الثانوية العامة ، ويعمل منذ ٨ سنوات ، ويعيش مع والديه ، وليس له سوي ندرة الأصدقاء ، ويبلغ وزنه ٨٠ كيلو جرام ، ويعاني من الشخير ، وتوقف النفس أثناء النوم مع زيادة وزنه ، وليس له تاريخ مع الإدمان ،

وظهرت لديه مشـكلة غفوات النوم خلال النهار ويبدو عليه الشـعور بالإرهاق البدني وزيادة الوزن حتى وصل إلي ١٤٠ كجم ، ولم تتأثر قدراته العقلية ، وقد أدي العلاج الطبي إلي تحسـن حالته النفسـية ونقص وزنه إلي ١٠٠ كجم ، وانخفضـت كل غفوات النوم والشـخير وتوقف التنفس أثناء النوم *(Berrttini: 1980,p.493-494)*.

- وقد كتبها هو على النحو التالي في ص ٢٢٥ من الدراسـة الثانية (وفي عام ١٩٨٠ تناول *Berrttini* دراسة حالة شخص يعاني من ذهان البارانويا ويعاني من الشـخير وتوقف التنفس أثناء النوم مع زيادة وزنه . كما ظهرت مشـكلة غفوات النوم أثناء النهار ، اختناقه إلى الشعور المستمر بالتعب الجسمي مع زيادة الوزن وقد تم إجراء العديد من التدخلات الطبية والنفسـية لعلاج مثل هذه الاضـطرابات *(Berrttini: 1988,pp:493-494)*.

ونلاحظ هنا ثلاثة أخطاء:

١- تحريف النص الأصلي وبما لا يعطي معنى مفيد.
٢- في نهاية الفقرة كتب ١٩٨٨ بدلا من ١٩٨٠ .
٣- كتب اسم الباحث *Berrttini* وهو خطأ كما كتبته في أطروحتي والصواب هو *Berrettini*.
٤- وقرينتنا في السرقة أنه عندما وثق المرجع في نهاية بحثه وثقه كما وثقناه نحن في أطروحتنا وبنفس الأخطاء (١٩٨٨) والصـواب (١٩٨٠) مما يؤكد عدم رجوعه للنص الأصلي للبحث.

- وهذه الدراسـة كتبتها في أطروحتي على النحو التالي (دراسـة *Bliwise*وآخرين (١٩٨٦)بعنوان الأرق وعلاقته بالعمر . حيث بلغت العينة ٢٩٢ من مرضي الأرق ممن تتراوح أعمارهم بين ١٦- ٨٥ عاماً . وقد تم تطبيق اختبار الشـخصـية المتعدد الأوجه (MMPI)علي العينة واتضح من النتائج :

١- عدم وضـوح الأعراض النفسـية المميزة للأرق في عينة المسـنين ووضوحها لدي الأعمار الأقل (مجموعة الراشدين) وذلك من خلال الدرجات علي المقاييس الفرعية في اختبارMMPI .

٢- أظهرت مجموعة المسنين سيكوباثولوجية أقل من الراشدين ، وتأكد عزو الأرق في مجموعة المسنين للتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للتقدم في العمر، وللمشكلات النفسية في مجموعة الأقل عمراً *(Bliwise,et.al.:1986,p.3-9)*.

- وكتبها هو على النحو التالي (في عام ١٩٨٦ قام بلويز وزملاؤه *Bliwise, et al* بدراسة الأرق في علاقته بالعمر لدى مجموعة من الأشخاص الذين تم تشخيصه بأنهم يعانون من الأرق . وتتراوح أعمارهم بين ١٦- ٨٥ عاماً . وقد تم تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MPPI)وقد اتضحت مظاهر الأرق لدى الأعمار الأقل ، إضافة إلى وجود عديد من الاضطرابات الباثولوجية الأخرى في فئة المسنين وأن الفرد كلما كان يعاني من الأرق يكون غير قادر على حسم مشاكله كلما زادت اضطرابات نومه *(Bliwise,et.al.:1984,p.3-6)*.

ولنا هنا عدة ملاحظات :

١- واقعة السرقة هنا تكمن في أن العينة يتراوح أعمارها بين ١٦ – ٦٥ سنة وليس كما ذكرت في أطروحتي (بين ١٦- ٨٥ عاماً)، ونقل هو عني هذا الخطأ المطبعي عندي وغير المقصود مني .

٢- توثيق الدراسة يقع في عامي ١٩٨٥ و١٩٨٦ حيث أن العدد يصدر في الشتاء كما هو موثق بالبحث الأصلي.

٣- كما أنه كتب في صدر البحث ١٩٨٦ وفي التوثيق في نهاية الفقرة ١٩٨٤. وأرقام الصفحات كتبها ٣-٦ وهي ٣- ٩.

- وهذه الدراسة كتبتها على النحو التالي (دراسة *EZ-Eldin* (١٩٨٧) موضوعها الخصائص النفسية والفسيولوجية والمرضية للنوم ، وتناولت الدراسة أنماط النوم واضطراباته ومظاهره الفسيولوجية وارتباطه بسمات الشخصية وتم التوصل إلي أن الذين ينامون مدة أقل من ست ساعات يتميزون بدرجة علية من القلق والاستعداد للعصاب ، كما يعتبرون أنفسهم مسئولين عن تصرفاتهم وسلوكهم ، ويبدو عليهم النشاط والحيوية ، أما أولئك الذين ينامون أكثر من تسع ساعات فإنهم قدريون يعللون أحداث حياتهم لعوامل خارجية كالقدر والحظ وقد تبين من النتائج أيضاً أن هناك علاقة بين اضطرابات النوم والاضطرابات الوجدانية على النحو التالي في الاكتئاب يظهر

اضطراب النوم في شكل صعوب الدخول في النوم أو الاستمرار فيه ونقص عدد ساعات النوم وقصر المدة التي تسبق ظهور نوم REM ونقص مرحلتي النوم العميق (٣ ،٤) ونقص نشاط موجات دلتا ، وفي الهوس يكون المريض غير قابل للنوم ويمكنه المحافظة على نشـــاطه وحيويته لمدة يومين دون شـكوى من نقص كمي النوم، وفي الفصـــام يتميز النوم بنقص كل من عدد ساعاته ونوم REM وقصر المدة التي تســـبق نوم REM ونقص مراحل النوم العميق (٣ ،٤) كما يرتبط ظهور الأحلام المزعجـة والكوابيس الليلي بـاقتراب ظهور الحـالـة الذهانية الحادة *(EZ-Eldin,1987)*

- أمـا هو فكتبهـا علـى النحو التـالي (وفي عـام ١٩٨٧ قام عز الدين EZ-Eldin بدراسة أنماط النوم وعلاقتها بسمات الشخصية ، وعلى عينة الدراسـة شملت مجموعة المرضى بالأرق ، والاكتئاب والهوس والفصــــام ، وقد اســـتخدم جهاز النوم وموجات دلنـا كعلاقة على الاســتغراق والاســتعداد أو عدم الاســتغراق في النوم، وقد وجد أن ســاعات النوم الأقل تميز مرضــى القلق العصـابي ، في حين أن الفئة الاكتئاب يظهر لديهم الاضـــطراب في صـــعوبة الدخول في النوم أو الاسـتمرار فيه وقصـر لمدة،في حين وجد أن مرضـــى الهوس يكونوا غير قادرين على الاستقرار وبالتالي يمكن أن يظلوا لأيام بلا نوم، في حين تميز نوم فئة العصـــابيين بالاضــطراب والدخول في كوابيس ، وصعوبة التنفس والشخير *(EZ-Eldin,1987)*

والملاحظات هي :

١- الدراسـة التي نتحدث عنها ليست دراسـة ميدانية ولكنها مقال نظرى مقدم كجزء للحصــــول على درجة الماجســـتير في قســـم الأمراض النفســـية والعصـــبية. وبالتالي فليس فيها أي ذكر لعينة أو لأدوات كما ذكر . ولقد أكدت على ذلك في أطروحتى ص ٨. مما يؤكد عدم رجوعه لتلك الدراسة ولكنه أعمل خياله وصــنع بحثاً في ذهنه، وهذا تدمير لقيمة البحث العلمي ولمن رقاه ولمن نشر له تلك البحوث في تلك الدوريات المغمورة.

٢- الركاكاة الواضحة في كل عبارات الفقرة. الباحث اسمه *(Ashraf Abdo Allah Kamal EZ - Eldin* فلماذا اختصـره مثلما اختصـرته *Ez - Eldin ,A.K) .*

٣- وثق المرجع بنفس الكيفيــة وبنفس الأخطــاء التي وقعــت فيهــا هكــذا *(submitted for partial fulfillment the degree of M.A. faculty of Medicine ,Ain Shams University)*. والصــواب هو *(Thesis submitted for partial fulfillment of the Master Degree in neuropsychiatry. faculty of medicine , AinShamsUniversity*.

- وهذه الدراســة كتبتها على النحو التالي (دراســة Ahmed (١٩٩١) موضـوعها علاقة اضـطرابات النوم بالأمراض النفسية والعصـبية ، وهدفت لتحديد دورها في تشـــخيص تلك الأمراض وكيفية علاجها وتوصــلت إلى دور اضــطرابات النوم في تشــخيص الاضــطرابات الوجدانية فقصر المدة بين الدخول في النوم والنوم المصحوب بحركة العين الســريعة تعد علامة بيولوجية في الاكتئاب . كما أن صـــعوبة الدخول في النوم واستمراره ونقص فعاليته وزيادة معدل اليقظة تمثل أعراض القلق . وانخفـاض معدل النوم يميز عـادة حـالات الفصــــام وارتبــاط ظهور اضـــطرابــات النوم في أمراض المخ العضـــويــة والصرع *(Ahmed:1991)*. ص ٦٦.
- وكتبها هو كما يلي (وهي تقريبا نفس النتائج التي توصــل إليها أحمد *Ahmed,A 1991* حيث تناول اضطرابات النوم لدى فئات الاكتئاب والقلق والفصام ووجد أن الفئات الإكلينيكية الثلاث تتميز بوجود أكثر من عرض لاضطرابات النوم *(Ahmed:1991)*.

وملاحظاتنا على الفقرة السابقة ما يلي :

١- الدراسة التي نتحدث عنها ليست دراسة ميدانية ولكنها مقال نظري مقدم كجزء للحصــول على درجة الماجســتير في قســم الأمراض النفســية والعصــبية. وبالتالي فليس فيها أي ذكر لعينة أو لأدوات كما ذكر . ولقد أكـدت على ذلـك في أطروحتي ص ٨. ممـا يؤكـد عـدم رجوعـه لتلـك الدراســة ولكنه أعمل خياله وصــنع بحثاً في ذهنه، فكيف يقول " (وهي تقريبا نفس النتائج؟؟؟).

٢- الباحثة الأصـــلية اســـمها *(Nahed Salah El din Ahmed)* فهل يحلو له اختصـــار الاســـم على النحو الذي قمت به *(Ahmed, N.S.)* أم ماذا؟؟؟ إنها السرقة لا أكثر.

٣- في توثيق البحث في قائمة مراجعه نقله بنفس الأخطاء المطبعية التي عندي في أطروحتى أيضا على النحو التالي: غياب كلمة *disorders* من عنوان البحث عندي وعنده ، وغياب كلمة *neuropsychiatry.* في التوثيق عندي وعنده. أما ثالثة الأثافي فهي وجو كلمة *(degr 8=]ee.)* - وهي كما هو واضح خطأ مطبعي لمن يتعامل مع لوحة المفاتيح – في المراجع عندي مكتوبة مائلة - عندي في أطروحتي كخطأ في استعمال لوحة المفاتيح الخاصة بالكمبيوتر ، أما هو فنقل ذلك الخطأ كما يلي *(degree Jee,)* فقد ظن القوس] حرف J .

- وهذه الدراسة كتبتها على النحو التالي (دراسة *Tarek (١٩٩٥)* وتدور حول نتائج الفحص بجهاز تخطيط النوم المتعدد لمرضى اضطراب الوسواس القهري وهي تهدف إلى تقييم الجانب المتعلق بالنوم لديهم. وشملت العينة ١٠ من المرضى وفقاً للتصنيف الدولي للأمراض النفسية الجزء العاشر وطبق الباحث عليهم استبيان فحص النوم بالإضافة لتخطيط النوم المتعدد. و١٠ أشخاص من الأسوياء (مجموعة ضابطة) وتوصلت الدراسة إلى وجود نقص في كفاءة النوم لدى مجموعة المرضى وقلة الفترة الزمنية بين بداية النوم وظهور نوم *REM* وزياد ساعات اليقظة . وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في مراحل النوم المختلفة *(Tarek: 1995,p.109-111).* ص ٦٧.
- وكتبها هو على النحو التالي (في حين اقتصرت دراسة طارق *Tarek, 1995* على فئة الوسواس القهري والتعرف على شكل أنماط اضطراب نومهم من خلال نتائج جهاز تخطيط النوم المتعدد ،وقد توصل الباحث إلى العديد من مظاهر اضطراب النوم لدى فئة الوسواس مقارنة بالعينة السوية (المقارنة) *(Tarek: 1995,p.109-111)* .

وعن هذه الدراسة يمكن القول أن:

١- الباحث الأصلي اسمه *(Tarek Asaad)* والبحث منشور بالمجلة المصرية للأعصاب واسمه على البحث باللغة الانجليزية طبعاً وعندما وثقناه حدث خطأ مطبعي غير مقصود وهو ذكر *Tarek* أولاً، والصواب في توثيق المراجع الأجنبية هو ذكر اسم الأب أو العائلة أولاً فكان يجب التوثيق هكذا *Asaad, T* ، بدلا من *Tarek,A* ولهذا فقد سرق الفقرة ومعها الخطأ في التوثيق أيضاً مع بعض التحوير.

٢- حدث خطأ مطبعي في كتابة اسم المجلة في أطروحتى ونقله هو أيضاً . *Egypt Neurpsy. Chia Neurosurgy,* فكلمة *Chia* لا معنى لها ولكنها تكملة لكلمة *Neuropsychia* ولكنه نقل الخطأ كما هو، كما نقل خطأ آخر في توثيق المجلة نفسها والصواب هو *(EgyptJournal Neurl psychiat. Neurosurgy,* .

- وهذه الدراسة كتبتها على النحو التالي (دراسة *Haimove & Lavie (١٩٩٧)* وموضوعها : خصائص إيقاع النوم لدى الراشدين والمسنين، وقد بلغت العينة ١٧ من المسنين ممن يتراوح أعمارهم بين ٦٥ – ٧٨ عاما و٨ من الراشدين ممن تتراوح أعمارهم بين ١٩ – ٢٦ عاما واعتمد الباحثان على السجل الكهربائي للمخ وجهاز تسجيل حركات العين ، وتبين من النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين الراشدين والمسنين في كل من كفاءة النوم ومرحلتي النوم ٣ ، ٤ وزيادة نوم *REM* لصالح الراشدين *(Haimove & Lavie:1997, p. 294-300)* *ص ٧٢* .
- أما هو فكتبها على النحو التالي (ودراسة هاموفو ، لاف *Hiamove & Lavie* (١٩٩٧) حيث تناول أخصائص إيقاع النوم لدى مجموعة من الراشدين ومجموعة من المسنين وأداة الدراسة السجل الكهربائي للمخ وجهاز تسجيل حركات العين، وتوصل إلى العديد من النتائج أهمها أن النوم لدى المسنين أكثر اضطراباً في إيقاع النوم مقارنة بالنوم لدى الراشدين *(Hiamove & Lavie, 1997: 294-300)* .

وملاحظاتنا على الفقرة السابقة هو ما يلي:

١- طوال أطروحتى لم أُعَرِّب أسـماء الباحثين الأجانب إلا ما سـبق تعريبه في التراث العلمي ولذلك أبقيت على أسـماء الباحثين الأجانب كما هي باللغة الأجنبية ومنها *Haimove & Lavie* والذي يعرب بـ (حايموف و ليفي) لأنها أسـماء عبرية والدراسـة كانت قد أجريت في اللاكيان الصـهيوني المسمى إسـرائيل ولأنه سـرق الترجمة لنص البحث دون أن يكلف نفسـه معاناة الرجوع للبحث الأصـلي فعربها على النحو الشـائه (هاموفو ، لاف *Hiamove & Lavie*) الذي بين أيدينا في دراسته ص ٢٣١ السطر ٩ .

٢- نقل الخطأ الموجود في متن أطروحتي عندما كتبت *Haimove* باضـافة حرف E في نهاية الاسـم وهو غير موجود في الأصـل. أما في قائمة المراجع فنقله مصححاً من عندي أيضا.

٣- استبدل هو حرف A مكان حرف I عند كتابة الاسم*Haimove*.

٤- وعند التوثيق في قائمة المراجع نقل الأخطاء من عندي كما هي في كلمة *eldery* بحذف حرف L. وحذف العبارة التالية من بداية أسـم الدراسـة لأنها محذوقة من عندي وهذا خطأ مطبعي وقعت فيه *sleep in (normal subjects)*

- وهذه الدراسـة كتبتها على النحو التالي (دراسـة *Arriaga* وآخرين (١٩٩٦) بعنوان خصـائص النوم لدى مرضـى القلق والفوبيا الاجتماعية وقد بلغت العينة ٦٩ من الذكور و٨ من الإناث ممن تتراوح أعمارهم بين ٢٤ – ٤٧ عاما ممن يعانون من الأرق والرهاب الاجتماعي لمدة تقع بين ٢- ٨ سنوات وتم تشخيصـهم حسب *DSM-IV (١٩٩٣)* ومجموعة من الأسوياء تتكون من ١٤ من الجنسين الأسوياء الذين لا يتناولون العقاقير المهدئة أو الإدمان ومتوسطي التدخين (١٠سجائر يوميا) والكافيين (٢٠٠ ملجم يوميا) وعدم وجود شـكوى من اضـطراب إيقاع النوم واليقظة قبل إجراء الدراسة بثلاث شهو وقد أُستخدمت الأدوات الآتية:

  ١- مقياس هاملتون لتقدير القلق.
  ٢- مقياس هاملتون لتقدير الاكتئاب.
  ٣- مقياس بيك لتقدير الاكتئاب.
  ٤- جهاز EEG .

وتبين من النتائج :

١- وجود فروق دالة في زيادة فترة اليقظة لصالح المجموعة التجريبية .
٢- وجود فروق دالة في نقص مرحلتي النوم ٣ ، ٤ لصـــالح المجموعة التجريبية.
٣- عدم وجود فروق في مدة استمرار النوم وفترة الكمون ومرحلتي النوم ١ ، ٢ وكمية نوم REM وفترة كمونه *(Arriaga, et al,:1996, p. 191-194)*

- وكتبها هو كما يلي (أما أريج وزملاؤه *(Arriage, et al,)* فقد اقتصرت دراســاتهم على المقارنة بين فئتي مرضـــى القلق والفوبيا الاجتماعي من الأشخاص الذين تم تشخيصـهم وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV ، ومقارنة النتائج بمجموع من الأسوياء ، وطبق مجموعة من المقاييس وكذا اسـتخدام جهاز EEG وقد توصــلا إلى العديد من النتائج منهـا أن المجموعـة الإكلينيكيـة تعـاني من اضـــطرابـات النوم مقـارن بالمجموعة الضـابطة السوية وخاصـة في : حدوث وبدء النوم ، كفاءته ، استمراريته *(Arriage, et al,:1996, 191-194)*

وملاحظاتنا على الفقرة السابقة هي:

١- تشـويه النتائج والمغالطة في ذكرها . واضـطراب في صـياغة العبارات المنقولة.
٢- الخطأ في كتابة *Arriage,* وكتابة حرف E في نهاية الاســم بدلا من كتابة A .
٣- *Matos – Pires , A.,* الخطأ في كتابة هذا الاسم.
٤- *Bastos* الخطأ في كتابة هذا الاسم.
٥- عدم كتابـة الجملـة التـاليـة في التوثيق في قـائمـة المراجع *depressed patients with panic disorders : A comparison* مما يؤكد عدم رجوعه للمرجع الأصلي

- وهذه الفقرة كتبتها هكذا (وفي سـويسـرا وجد أن ٥٠% من الراشـدين لديهم شكوى من الأرق ، كما قرر ٧% من الذكور و١٢% من الإناث اضـطراب نومهم بصـفة دائمة (ألكسـندر بوربلي:١٩٩٢، ص ١٢٢). وفي الســعوديـة ذكر ٣٨% من طلاب الجـامعـة أنهم يعـانون من اضطرابات النوم (عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم :١٩٩٦، ص ٨٣). وينتشـــر الأرق لدى اليابـانيـات بنســـبة ١١،٢%، وقدر من

يتناولون العقاقير المنومة لمواجهة اضطرابات النوم بنسبة ١٦،٨%
(Kageyama,et al:1997, p. 963-971). ص ٥.

- وكتبها هو هكذا (توصلت العديد من الدراسات إلى ان الفئات غير الإكلينيكية من الذكور والاناث يعانون من العديد من اضطرابات النوم. إذ وجدت الأبحاث الوبائية أن ٥٠% من الراشدين لديهم شكوى من الأرق ، كما قرر ٧% من الذكور و١٢% من الإناث اضطراب نومهم بصفة دائمة وكان هذا في سويسرا (ألكسندر بوربلي:١٩٩٢، ص ١٢٢). وفي السعودية ذكر ٢٣% من طلاب الجامعة أنهم يعانون من شكل نوع أو أكثر من اضطرابات في النوم (عبد الستار إبراهيم ورضوى إبراهيم :١٩٩٦، ص ٨٣). وكذلك الحال في اليونان حيث وجد تزايد في تعاطي الأدوية المهدئة، وأن الإناث أكثر أرقاً وشكوى من عديد من اضطرابات النوم من الذكور *(Kageyam,et al:1997, p. 963-971)*. ص ٢٢٩ .

وملاحظاتنا على هذه الفقرة:

١- انه كتب *Kageyam* بحذف حرف A من نهاية الاسم
٢- بالرجوع لمرجع الكسندر بوربلي توجد الدراسة مكتوبة بالحروف وليست بالأرقام وبقية الصياغة من عندي ولذا فهو سرق الفقرة بصياغتها الخاصة بي.
٣- الفقرة الخاصة بالسعودية النسبة هي ٣٨% وليست كما ذكر هو ٢٣% وكذلك الصياغة من عندي.
٤- وفقرة اليونان الحقيقة أنها (اليابانيات وليست اليونان) وبقية الصياغة والترجمة من الانجليزية للعربية من عندي.
٥- عنده عدد من الأخطاء في كتابة أسماء الباحثين الذين قاموا بالبحث
٦- كما حذف جملة من بداية اسم البحث لم أكتبها في المراجع وهي :ـ *Insomnia Apopulation*
٧- و كذلك خطأ في كتابة أرقام الصفحات *.(pp.(960-971*

- هذه الفقرة كتبتها هكذا (كما ذهب *Stein* وآخرون إلى ارتباط كل من توقف التنفس أثناء النوم وضعف القدرة على التنفس بالقلق ويتميز النوم في مرض القلق بوجود الأرق في بداية النوم أو أثناء النوم *(Stein, et al, 1995)*. ص ٤٣ .

- وكتبها هو هكذا (حيث توصل شتاين وزملاؤه إلى أن معاناة الشخص من القلق إنما تقوده إلى العديد من اضــطرابات النوم مثل : صــعوبة التنفس والتجوال الليلي والكوابيس المزعجة *(Stein, et al, 1995)*، ص ٢١٦.

وملاحظاتنا على الفقرة السابقة هي :

١- لم يكتب في توثيق الفقرة أرقام الصفحات مثلما فعلت أنا بالضبط.

٢- بالرجوع للدراســة الأصــلية لم نجد ذكراً للتجوال الليلي والكوابيس المزعجة وإنما أضافهما هو للنتائج من خلال موهبته الأدبية مما شوه ما ترجمناه.

٣- نقل عنا الخطأ الموجود في اســم الباحث رقم ٣ *Larson D.K.* والصواب هو *Larsen D.K.* .

المؤلف في سطور

الدكتور خالد محمد عبد الغني



من مواليد قرية بلقس مركز قليوب محافظة القليوبية (٣١ يناير ١٩٧٠) ، حصل على ليسانس الآداب من قسم علم النفس جامعة بنها ١٩٩٢. وخدم بالقوات المسلحة المصرية (١٩٩٢-١٩٩٣) . ودرس تمهيدي الماجستير بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس (١٩٩٤- ١٩٩٥) . ودبلوم علم النفس الإكلينيكي بقسم علم النفس كلية الآداب جامعة عين شمس (١٩٩٥- ١٩٩٦). وحصل على درجة الماجستير (١٩٩٨) والدكتوراه (٢٠٠٣).

نشر – حتى الآن - أكثر من أربعين بحثا في المؤتمرات العلمية الدولية والإقليمية في علم النفس والتربية الخاصة والأدب "المؤتمر الدولي الثالث حول العنف والإرهاب "الجمعية المصرية للتحليل النفسي بالقاهرة، والمؤتمر الدولي "الأول" و"الثاني" للتربية الخاصة، جامعة قطر بالدوحة ، والمؤتمر الإقليمي "الأول" و"الثاني" لعلم النفس رابطة الأخصائيين النفسيين بالقاهرة، والمؤتمر الإقليمي التاسع لعلم النفس، جامعة طنطا"، ومؤتمر "خيري شلبي وتد الرواية المصرية " اتحاد الكتاب المصريين"، والمجلات العلمية المحكمة "دراسات نفسية" تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، و"علم النفس" و"إبداع" و"الرواية" من إصدار الهيئة المصرية العامة للكتاب، و"ضاد" اتحاد الكتاب المصريين. و"عمان" أمانة عمان الكبرى، و"التربية "المجلس الوطني للثقافة والفنون بالدوحة، و"تحديات ثقافية" دار تحديات ثقافية بالإسكندرية. و"عالمي" و"المنال" الشارقة بدولة الإمارات.

كما نشر العديد من المقالات الثقافية والسياسية وقصائد الشعر في بعض الصحف منها "القاهرة" تصدر عن وزارة الثقافة المصرية، و"الراية" و"الشرق" و"الوطن" بالدوحة، و"أخبار الأدب" و"المصري اليوم" و"اليوم السابع" والنشرة الدورية" رابطة الأخصائيين النفسيين بالقاهرة.

وشـــــارك – أيضـــــا- في العديد من ورش العمل والدورات التدريبية والندوات العامة في القياس النفسي للفئات الخاصة والإرشاد والتوجيه النفسي وقراءة الأدب والفن من منظور علم النفس داخل مصر وخارجها.



المؤلفات المنشورة

حسب تاريخ وجهة النشر

- ✓ التحليل النفسي والأدب. الهيئة الاستشارية للنشر والتوزيع. القاهرة . ٢٠٠٦.
- ✓ احتياجات وضغوط أسر المعاقين . مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع. القاهرة . ٢٠٠٧.
- ✓ الذكاء والشخصية. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع . القاهرة . ٢٠٠٨.
- ✓ الدلالات النفسية لتطور رسوم الأطفال. مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع. القاهرة. ٢٠٠٨.
- ✓ نجيب محفوظ وسردياته العجائبية. المجلس الأعلى للثقافة. القاهرة . ٢٠١١.
- ✓ نجيب محفوظ من الجمالية إلى نوبل (بالاشتراك مع آخرين). الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة. ٢٠١٢.
- ✓ من أعلام علم النفس المعاصرين. الهيئة الاستشارية للنشر والتوزيع. القاهرة. ٢٠١٣.
- ✓ اضطراب الشخصية "دراسات في الرواية العربية". مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. ٢٠١٤.
- ✓ اضطراب الهوية الجنسية . مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. ٢٠١٤.
- ✓ علم النفس ومشكلاتنا النفسية . مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. ٢٠١٤.
- ✓ سيكولوجية الألوان . مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. ٢٠١٥.
- ✓ سيكولوجية الأدب "التحليل النفسي للشخصية المحورية في نماذج روائية مصرية". الهيئة المصرية العامة للكتاب. القاهرة. ٢٠١٥.
- ✓ سقوط أقنعة العمامة . " دراسات نفس ثقافية " . الهيئة العامة لقصور الثقافة . القاهرة. ٢٠١٥.
- ✓ رائد السيكودراما حسين عبد القادر . الهيئة الاستشارية للنشر و التوزيع. القاهرة. ٢٠١٦.
- ✓ نجيب محفوظ بين الأسطورة والتحليل النفسي. دار العلم والإيمان . دسوق. ٢٠١٦.

- ✓ اضطرابات التواصل . دار العلم والإيمان . دسوق. ٢٠١٦.
- ✓ القضـــايا الكبرى في التربية الخاصـــة . دار العلم والإيمان . دســـوق. ٢٠١٦.
- ✓ التحليل النفسي وقضايا العصر. دار العلم والإيمان . دسوق. ٢٠١٦

